CCRPS

Guide de discussion aux fins de consultations sur les points du renvoi ministériel relatifs à la collaboration interprofessionnelle entre les collèges régissant les professions de la santé et les professionnels de la santé

Février 2008

Conseil consultatif sur la réglementation des professions de la santé (CCRPS)

2008-02700/

Table des matières

Invitation à formuler des observations 2

PARTIE 1 : Introduction et présentation du Guide de discussion 4
- Introduction 4
- Présentation du Guide de discussion 5

PARTIE 2 : Historique 7
- À propos du CCRPS 7
- Rapport de 2006 : Réglementation des professions de la santé en Ontario : nouvelles orientations 7
- La lettre du ministre 8
- Le processus de consultation 9
- Cerner la portée du débat sur la collaboration entre les ordres 9

PARTIE 3 : Contexte 11
- Cadre législatif et réglementaire actuel 11
- Évolution du système de soins de santé de l'Ontario 14
- Défis et possibilités 15

PARTIE 4 : Recherche et consultations publiques 17
- Résumé des ateliers 17
- Résumé de la recherche documentaire 20
- Résumé de l'étude interterritoriale 24

PARTIE 5 : Votre opinion compte 26
- **Questions du CCRPS 27**

PARTIE 6 : Prochaines étapes 40

Annexe A : Glossaire 41
Annexe B : Liste intégrale des actes autorisés 43
Annexe C : Liste des ordres réglementant des professions de la santé en Ontario 45
Annexe D : Liste intégrale des questions formulées dans le Guide de discussion 46
Annexe E : Lettre du ministre de la Santé et des Soins de longue durée (28 juin 2007) 51
Annexe F : Note sur l'autoréglementation légale des professions de la santé 55

ISBN 978-1-4249-5815-3 (Print)
© Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2008
500 02/08

Invitation à formuler des observations

Le 28 juin 2007, le ministre de la Santé et des Soins de longue durée (le ministre) a demandé au Conseil consultatif de réglementation des professions de la santé d'entreprendre les tâches suivantes :

> *recommander des mécanismes permettant de faciliter et de soutenir la collaboration interprofessionnelle entre les ordres professionnels de la santé, en commençant par l'élaboration de normes d'exercice et de lignes directrices relatives aux pratiques professionnelles en vertu desquelles les professions de la santé réglementées accomplissent des actes autorisés identiques ou semblables, en reconnaissant que chaque ordre gouverne indépendamment les professions qu'il régit et en établit les compétences* [et] *tenir compte, lorsque des actes autorisés sont partagés, des attentes du public en matière de services de haute qualité, quelle que soit la profession de la santé responsable de la prestation des soins ou des traitements.*

Conformément à cette demande du ministre, le Conseil consultatif de réglementation des professions de la santé (CCRPS) sollicite régulièrement les observations du public, de groupes d'intérêt, de professionnels de la santé, d'ordres réglementant des professions de la santé, de groupes communautaires et d'autres organismes intéressés. Votre réponse au présent Guide de discussion aidera le CCRPS à formuler des recommandations au ministre.

Nous tenons d'abord à vous remercier de bien vouloir examiner le Guide et à vous dire que nous attendons avec impatience de recevoir vos idées, vos suggestions et vos commentaires. Vous trouverez peut-être utile de consulter la recherche documentaire et l'étude interterritoriale affichées dans le site Web du CCRPS à l'adresse http://www.hprac.org. Vous pouvez également consulter les lois qui régissent les professions de la santé, à http://www.e-laws.gov.on.ca/index.html.

Ce Guide de discussion examine les enjeux, les défis et les possibilités se rapportant à la collaboration entre les professions de la santé en Ontario, leurs membres et les organismes qui les réglementent.

Le CCRPS accueillera avec plaisir toutes les réponses à ce document. **Les observations doivent être présentées par écrit d'ici le 15 avril 2008**; le CCRPS espère cependant recevoir vos observations avant cette date. Nous vous saurions gré, dans la mesure du possible, de citer les documents auxquels vous ferez référence dans vos réponses et de citer également votre expérience concernant la collaboration entre les professions (sans forcément répondre à toutes les questions). Veuillez adresser vos réponses à :

Annie Schiefer, directrice de projet
Conseil consultatif de réglementation des professions de la santé
55, avenue St. Clair Ouest
Bureau 806, C.P. 18
Toronto (Ontario), Canada M4V 2Y7

Nous préférons recevoir les observations sous format Microsoft Word, sur disquette (par courrier postal) ou par courriel si possible. Les observations présentées par voie électronique peuvent être adressées à : HPRACSubmissions@ontario.ca. Si la transmission par télécopieur est plus commode pour vous, veuillez adresser vos observations au CCRPS, PROJET DE COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE, 416 326-1549. Les copies papier devraient être envoyées à l'adresse ci-dessus.
Veuillez joindre à votre document la feuille de renseignements fournie en page 26.

Le CCRPS tiendra des consultations sur les questions liées à la collaboration interprofessionnelle au cours du printemps et de l'été 2008. Le détail des dates et lieux prévus pour les consultations sera affiché dans le site Web du CCRPS, à http//:www.hprac.org.

PARTIE 1 : Introduction et présentation du Guide de discussion

Introduction

Ce Guide de discussion contient des renseignements généraux sur la demande d'avis du ministre à l'égard de la collaboration interprofessionnelle. Il propose des moyens de favoriser la collaboration entre les ordres professionnels afin d'améliorer la protection du public et de rehausser les soins aux patients. Il présente la collaboration interprofessionnelle dans un contexte distinct des modèles interprofessionnels de prestation de soins que l'on retrouve dans de nombreux secteurs du continuum des soins de santé.

L'évolution et la transformation du système de soins de santé nous obligent à examiner un éventail de lois, de règlements et de politiques sous-tendant ce système afin de veiller à ce qu'ils demeurent adaptés aux nouveaux besoins des patients et des fournisseurs et organismes de soins de santé.

Le ministre a demandé au CCRPS de se pencher sur le rôle des ordres qui réglementent les professions de la santé en Ontario et de recommander des mécanismes permettant de faciliter et de soutenir la collaboration interprofessionnelle entre ceux-ci. Sa demande intervient en période de changement et de transformation sans précédent au sein du système de santé et coïncide avec un profond désir, de la part des patients et des fournisseurs de soins de santé, de voir l'avènement d'un modèle de soins axé sur les patients.

Deux ateliers organisés en octobre 2007 ont réuni différents ordres réglementant des professions de la santé ainsi que des associations et organismes de soins de santé. À l'information diffusée lors des ateliers d'octobre se sont ajoutées une recherche documentaire[1] et une étude de la situation dans d'autres régions[2]. Ces documents sont affichés dans le site Web du CCRPS (http://www.hprac.org).

Un certain nombre de thèmes sont ressortis des ateliers, de la recherche documentaire et de l'étude interterritoriale, notamment :

- une plus grande présence et une plus grande diversité de modèles interprofessionnels de soins cliniques dans le continuum des soins;
- le développement de la recherche sur les avantages et les résultats de la collaboration interprofessionnelle aux soins de santé pour les patients;
- un engagement et des progrès manifestes à l'égard de l'élaboration de cours de formation interprofessionnelle, particulièrement au troisième cycle;
- un nombre limité d'initiatives observées et évaluées en matière de cadres législatif et réglementaire visant à appuyer la collaboration interprofessionnelle, notamment en ce qui concerne le rôle approprié des organismes réglementant les professions de la santé;

---

[1] CCRPS (février 2008). Interprofessional Regulatory Collaboration: A Summary of Key Reference Documents & Selected Highlights from the Literature.

[2] CCRPS (février 2008). Interprofessional Collaboration: A Summary of Interprofessional Regulatory Collaboration in other Jurisdictions.

- certains développements informatifs liés à la collaboration interprofessionnelle dans d'autres régions du Canada et ailleurs dans le monde – par exemple aux États-Unis, au Royaume-Uni, au Danemark, en Australie, en Nouvelle-Zélande et dans certaines régions de l'Union européenne.

Le présent Guide de discussion, comme la recherche documentaire précitée, fait maintes références à l'évolution de la collaboration interprofessionnelle en soins de santé aux patients, mais à travers les options et les questions qui y sont présentées notamment, il met l'accent sur les secteurs où il serait possible ou souhaitable que les ordres réglementant les professions de la santé en Ontario travaillent ensemble – ou qu'ils aient la liberté de mettre en place de nouveaux dispositifs permettant de promouvoir la collaboration interprofessionnelle.

Mis à part l'évolution du système de soins de santé et les changements dans le cadre desquels les soins sont dispensés, les nouveaux développements auxquels nous assistons en Ontario (dont la réglementation de cinq nouvelles professions depuis 2006) indiquent que le moment est venu d'examiner le rôle des ordres professionnels et de trouver des façons nouvelles et plus efficaces de resserrer la coopération et les alliances et de tisser de nouvelles relations – parmi les ordres et, par conséquent, parmi les professionnels de la santé qu'ils réglementent.

Ce Guide de discussion s'appuie sur la connaissance que possède le CCRPS de l'évolution du système de soins de santé, sur l'information et l'expérience présentées lors des ateliers que nous avons parrainés, ainsi que sur les résultats de recherche et les données que nous avons recueillis en dehors de la province. En matière de législation et de réglementation, il propose un cortège de solutions qui sont tantôt nouvelles et tantôt l'aboutissement de l'expérience observée dans d'autres provinces et d'autres pays et qui pourraient être adoptées en Ontario et adaptées à notre milieu. À travers les questions que nous posons, nous vous demandons un conseil averti. Nous voulons savoir non seulement quel serait l'idéal mais ce qui serait exploitable et comment des projets législatifs ou de réglementation feront progresser la sécurité et l'efficacité des soins aux patients.

Présentation du Guide de discussion

Vos réponses aux questions posées dans ce Guide aideront le CCRPS à formuler ses conseils au ministre. Au final, les décisions relatives aux processus et aux dispositifs permettant de rehausser la collaboration interprofessionnelle en Ontario appartiennent au ministre, au gouvernement et à l'Assemblée législative de l'Ontario, et nous nous attendons à ce que le ministre accorde une haute considération aux recommandations du CCRPS. Aussi ces recommandations doivent-elles satisfaire à des tests rigoureux aux fins de la politique publique. Les conseils que vous nous donnerez à travers vos observations nous aideront à préparer nos recommandations à l'intention du ministre.

Ce Guide de discussion se divise en six parties.

PARTIE 1 : Introduction et présentation du Guide de discussion : aperçu du Guide de discussion avec description de l'objectif et de l'intention du document.

PARTIE 2 : Historique : information sur le CCRPS et son mandat, avec référence au rapport du CCRPS de 2006, intitulé *Réglementation des professions de la santé*

en Ontario : nouvelles orientations. Cette information met en perspective la lettre du ministre datée du 28 juin 2007, décrit le processus de consultation qui sera entrepris aux fins de ce projet et définit la portée de l'examen du CCRPS.

PARTIE 3 : Contexte : rétrospective de la réglementation des professions de la santé en Ontario et aperçu du cadre de réglementation actuel, avec mise en contexte des défis et des possibilités découlant du programme gouvernemental de transformation du système de santé.

PARTIE 4 : Recherche et consultations publiques : aperçu de la recherche et des consultations publiques entreprises par le CCRPS depuis septembre 2007.

PARTIE 5 : Questions du CCRPS : description de la marche à suivre pour présenter des observations au CCRPS avec renseignements généraux et série de questions concernant des dispositifs permettant éventuellement de favoriser et d'appuyer la collaboration interprofessionnelle.

PARTIE 6 : Prochaines étapes : description des démarches que le CCRPS entreprendra au cours du printemps et de l'été 2008 pour préparer les conseils et le rapport final qu'il adressera au ministre.

Ce Guide de discussion contient également une série d'annexes qui guideront les participants dans leur étude des questions soumises par le CCRPS :

Annexe A – Glossaire
Annexe B – Liste intégrale des actes autorisés
Annexe C – Liste des ordres réglementant des professions de la santé en Ontario
Annexe D – Liste intégrale des questions présentées dans le Guide de discussion
Annexe E – Lettre du ministre de la Santé et des Soins de longue durée (28 juin 2007)
Annexe F – Note sur l'autoréglementation légale des professions de la santé

PARTIE 2 : Historique

À propos du CCRPS

Le CCRPS est un organisme indépendant du gouvernement de l'Ontario créé en 1993 en vertu de la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées* (LPSR) pour conseiller le ministre sur les questions liées à la réglementation des professions de la santé en Ontario. Aux termes de son mandat, il fournit notamment des conseils :

- afin de déterminer si les professions de la santé qui ne sont pas réglementées devraient l'être;
- afin de déterminer si des professions de la santé réglementées devraient cesser de l'être;
- sur les modifications touchant la LPSR et les lois connexes, ainsi que leurs règlements d'application;
- sur les questions concernant les programmes d'assurance de la qualité des ordres professionnels;
- sur toute question liée à la réglementation des professionnels de la santé dont le ministre le charge.

Le CCRPS a également le devoir de surveiller le programme de relations avec les patients de chaque ordre professionnel et de conseiller le ministre sur l'efficacité de ce programme.

Le ministre considère les recommandations du CCRPS comme une source indépendante d'information, d'analyse et de conseils dans la formulation de sa politique publique. Dans son rôle consultatif et dans la conduite de ses affaires, le CCRPS est indépendant du ministre de la Santé et des Soins de longue durée et de son ministère et n'a aucun lien de dépendance avec les ordres professionnels, les associations de soins de santé et autres intervenants intéressés par les questions sur lesquelles portent ses conseils.

Rapport de 2006 : Réglementation des professions de la santé en Ontario : *nouvelles orientations*

En 2005, en réponse à une demande de conseil reçue du ministre, le CCRPS a rassemblé plusieurs questions interdépendantes dans un document principal, le *Cadre législatif* publié en avril 2006 dans le rapport du CCRPS intitulé *Réglementation des professions de la santé en Ontario : nouvelles orientations,* ci-après appelé *Nouvelles orientations*[3].

Dans ce rapport, le CCRPS a reconnu que les organismes de réglementation avaient besoin d'une plus grande souplesse et d'un pouvoir élargi pour travailler ensemble, puis il a recommandé que le milieu de la réglementation des professions de la santé en Ontario favorise l'instauration de méthodes novatrices de prestation de soins de santé aux patients et notamment qu'une attention plus particulière soit accordée à la collaboration interprofessionnelle en soins de santé. Le CCRPS a noté un ensemble de difficultés fondamentales dans l'actuelle structure de réglementation des professions de

[3] Accessible dans le site Web du CCRPS, à http://www.hprac.org/fr/reports/resources/New_Directions_2006_FR.pdf

la santé en Ontario, notamment en ce qui concerne la délégation d'actes autorisés, le chevauchement des champs d'exercice, le besoin d'un meilleur partage de l'information et d'une plus étroite collaboration aux normes d'exercice entre les ordres professionnels, ainsi qu'une coopération plus soutenue dans d'autres domaines, comme l'assurance-responsabilité professionnelle, le traitement des plaintes de patients, les enquêtes et la discipline. De cela découle la recommandation suivante :

> *Le CCRPS recommande que le Code des professions de la santé soit modifié de façon à donner aux ordres la souplesse voulue pour composer avec l'exercice multidisciplinaire de la profession et à encourager les ordres à collaborer et à partager des renseignements. Par ailleurs, il recommande l'établissement d'un nouvel objectif pour les ordres, soit celui de promouvoir la collaboration interdisciplinaire sur les questions telles que les champs d'application communs des professions, les enquêtes communes et les programmes sur la qualité.*

Après la diffusion du *Nouvelles orientations,* le gouvernement de l'Ontario a présenté le projet de loi 171 qui a précédé la *Loi de 2007 sur l'amélioration du système de santé,* promulguée par sanction royale le 4 juin 2007. Cette loi modifiait la LPSR de manière à y enchâsser, à l'intention des ordres, une directive de collaboration interprofessionnelle à l'exemple de celle donnée dans le rapport *Nouvelles orientations.* Dans sa forme révisée, la LPSR prévoyait plusieurs objectifs nouveaux pour les ordres professionnels de l'Ontario :

- promouvoir et améliorer les rapports entre l'ordre et ses membres, d'autres ordres de professions de la santé, des intervenants clés et le public;
- promouvoir une collaboration interprofessionnelle avec les autres ordres de professions de la santé;
- élaborer et maintenir des normes et des programmes afin de promouvoir l'aptitude des membres à s'adapter aux changements qui surviennent au sein de leur profession, aux avancées technologiques et à d'autres questions d'actualité.

La lettre du ministre

Le 28 juin 2007, le ministre de la Santé et des Soins de longue durée a demandé l'avis du CCRPS sur un certain nombre de questions liées à la réglementation des professions de la santé en Ontario. Sa lettre abordait des questions concernant :

- les mécanismes visant à faciliter et à soutenir la collaboration interprofessionnelle entre les ordres professionnels du domaine de la santé;
- le champ d'exercice des infirmières autorisées et infirmiers autorisés de la catégorie spécialisée;
- la réglementation des professionnels qui ne sont pas médecins et qui prescrivent ou utilisent des médicaments dans l'exercice de leur profession;
- le cadre et le processus à adopter en vue de modifier la réglementation des prescripteurs de médicaments qui ne sont pas médecins;
- la réglementation des technologues en échographie diagnostique;
- l'étude d'un modèle d'association pour les préposés aux services de soutien à la personne;
- la réglementation des assistants dentaires;

- la réglementation des ambulanciers paramédicaux et des auxiliaires médicaux d'urgence;
- la réglementation de la podiatrie et de la podologie.

Le présent Guide de discussion aborde la démarche dans le cadre de laquelle le ministre demandait au CCRPS d'entreprendre les tâches suivantes :

> *recommander des mécanismes permettant de faciliter et de soutenir la collaboration interprofessionnelle entre les ordres professionnels de la santé, en commençant par l'élaboration de normes d'exercice et de lignes directrices relatives aux pratiques professionnelles en vertu desquelles les professions de la santé réglementées accomplissent des actes autorisés identiques ou semblables, en reconnaissant que chaque ordre gouverne indépendamment les professions qu'il régit et en établit les compétences* [et] *tenir compte, lorsque des actes autorisés sont partagés, des attentes du public en matière de services de haute qualité, quelle que soit la profession de la santé responsable de la prestation des soins ou des traitements*[4].

Le CCRPS donnera au ministre son avis sur ces questions dans un rapport provisoire d'ici le 31 mars 2008 et dans un rapport final d'ici le 31 janvier 2009.

Le processus de consultation

Le CCRPS a entrepris une démarche en deux volets pour répondre à la demande d'avis du ministre. Avant de préparer ce Guide de discussion, le CCRPS a parrainé deux ateliers auxquels ont pris part des représentants d'associations provinciales de soins de santé et des ordres réglementant des professions de la santé afin de discuter de la vaste question de la collaboration interprofessionnelle et, à ce propos, il a diffusé une recherche documentaire et une étude interterritoriale. Ces documents sont accessibles dans le site Web du CCRPS, à l'adresse http://www.hprac.org.

Cerner la portée du débat sur la collaboration entre les ordres

La **collaboration interprofessionnelle en soins de santé** comporte de nombreux enjeux au plan clinique et autant de définitions et de sens différents. Par souci de clarté et pour les besoins du débat, le CCRPS a adopté la définition formulée par ProfessionsSantéOntario :

> prestation de services de santé complets aux patients par l'entremise de divers soignants qui collaborent afin de dispenser des soins de qualité au sein des établissements de santé et entre ceux-ci[5].

Ce Guide de discussion a été conçu pour examiner les enjeux, les défis et les possibilités liés à la collaboration interprofessionnelle entre les ordres de professions de la santé. Afin de mettre le Guide en contexte, le CCRPS a représenté dans l'énoncé

---

[4] La lettre du ministre au CCRPS est fournie ci-joint sous l'intitulé « Annexe E ».

[5] ProfessionsSantéOntario (juillet 2007). *Collaboration interprofessionnelle en soins de santé : un plan directeur provincial*, Comité directeur de la collaboration interprofessionnelle en soins de santé, gouvernement de l'Ontario, p. 50.

suivant son interprétation de la question du ministre et de sa portée. À notre avis, toute initiative devrait viser à trouver des moyens d'accomplir la tâche suivante :

> Aider les ordres réglementant les professions de la santé, et leurs membres, à travailler dans un esprit de collaboration et non de concurrence, ainsi qu'à se connaître et à s'éclairer mutuellement dans le cadre d'un processus fondé sur le respect et le partage des connaissances, ceci afin de pouvoir :
>
> - améliorer les soins aux patients et favoriser l'obtention de meilleurs résultats pour ceux-ci;
> - protéger l'intérêt du public et assurer les plus hautes normes de conduite professionnelle et de sécurité des patients;
> - réglementer les professions de la santé de façon à employer les ressources collectives au mieux, de manière effective et efficace, tout en protégeant l'intérêt du public;
> - optimiser les aptitudes et les compétences des divers professionnels de la santé et ainsi améliorer l'accès à des services sûrs et de grande qualité;
> - assurer l'accès à des services sûrs et de grande qualité, quelle que soit la profession de la santé responsable de la prestation des soins ou des traitements;
> - améliorer les champs d'exercice en vue de veiller à ce que tous les professionnels de la santé réglementés exercent leurs fonctions en utilisant au mieux leur compétence et leur capacité.

Le resserrement de la collaboration entre les ordres professionnels et en leur sein devrait être ancré dans une série de principes sous-jacents :

- le devoir de satisfaire aux attentes du public, qui souhaite un meilleur accès à des services sûrs et de grande qualité et à des soins axés sur les patients;
- la contribution maximale de tous les professionnels de la santé;
- le maintien de l'autoréglementation.

Ainsi, le CCRPS cherche des moyens de permettre aux ordres de progresser en supprimant ou en minimisant les obstacles inutiles et il envisage de nouvelles façons d'inciter leurs membres à une collaboration interprofessionnelle en soins de santé dans le domaine clinique. Dans ce Guide de discussion, le CCRPS vous demande d'examiner plusieurs mécanismes susceptibles de favoriser et d'appuyer une meilleure collaboration. Nous n'avons pas la certitude que ces options serviront de tremplin véritable vers notre objectif ultime, qui consiste à améliorer la prestation des soins axés sur les patients dans le cadre d'une collaboration interprofessionnelle. Il existe peut-être d'autres possibilités que nous n'avons pas abordées dans les questions mais dont vous voudrez peut-être nous faire part, et nous aimerions les examiner également. Ces questions sont soumises à votre étude et nous vous invitons à formuler vos réponses, accompagnées de vos commentaires et des autres options que vous voudrez peut-être nous proposer. Vous pouvez choisir de répondre à une partie ou à la totalité des questions.

Votre opinion compte!

PARTIE 3 : Contexte

Cadre législatif et réglementaire actuel

A) L'évolution de la réglementation des professions de la santé en Ontario

En 1982, le ministre de la Santé a entrepris la révision des lois régissant les professions de la santé en Ontario, une démarche structurée de très grande portée. Le Comité de révision des lois régissant les professions de la santé avait pour mandat de faire des recommandations au ministre, sous la forme d'un avant-projet de loi, sur les points suivants :

- la liste des professions de la santé qu'il convenait de réglementer;
- la mise à jour et la réforme de la *Loi sur les sciences de la santé;*
- la mise au point d'une nouvelle structure pour toute la législation gouvernant les professions de la santé;
- et la résolution des problèmes en suspens au sein de plusieurs professions.

La *Loi sur les sciences de la santé* avait surtout pour effet d'attribuer des champs d'exercice exclusifs à cinq professions de la santé, créant ainsi des monopoles d'exercice que nombre d'experts estimaient plus vastes qu'il ne fallait et qui ne servaient donc pas l'intérêt du public. La *Loi sur les sciences de la santé* ne comportait pas de dispositif permettant de contrôler l'accomplissement d'actes potentiellement dangereux débordant le cadre des champs d'exercice définis.

C'est en 1989 que le Comité de révision des lois régissant les professions de la santé a diffusé son rapport final, dans lequel il recommandait :

- l'adoption d'un code uniforme (ou général) des professions de la santé;
- le maintien ou l'instauration de l'autoréglementation au sein de 24 professions de la santé, dont on comptait quatre qui étaient réglementées aux termes de la *Loi sur les praticiens ne prescrivant pas de médicaments,* sept réglementées aux termes de leurs lois respectives, six réglementées aux termes de la *Loi sur les sciences de la santé,* et sept autres qui n'étaient pas réglementées;
- et l'établissement d'un nouvel organisme indépendant chargé de l'élaboration des politiques.

En réponse aux recommandations du Comité de révision des lois régissant les professions de la santé, le gouvernement a instauré la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées* (LPSR), ainsi que 21 lois propres à des professions particulières afin de fournir un cadre détaillé pour la réglementation de la plupart des professions de la santé en Ontario. Les praticiens et les pratiques professionnelles sont réglementés par la LPSR, qui prévoit ceci à l'égard des questions touchant la protection du public :

- elle précise qui peut accomplir des actes et des interventions comportant un risque de lésion;
- elle interdit aux praticiens non réglementés de dispenser des traitements ou des conseils qui risquent de causer des lésions corporelles au patient ou au client;
- elle restreint l'usage des titres et des désignations professionnels;
- elle prévoit des processus relatifs aux plaintes, à la discipline et à l'aptitude professionnelle;

- elle exige que soient signalées l'incompétence, l'inaptitude ou la faute professionnelle.

La LPSR gouverne environ 220 000 professionnels de la santé en Ontario. Chaque profession est régie aux termes d'une loi professionnelle par un ordre d'autoréglementation établi en application de la LPSR.

B) La *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées*

La LPSR prévoit un cadre légal pour la réglementation des professions de la santé en Ontario, notamment une loi centrale, le Code des professions de la santé, ainsi que des lois réglementant des professions particulières. Elle se répercute également sur les praticiens non réglementés qui fournissent des services de soins de santé en restreignant les activités et les interventions qu'ils peuvent pratiquer. Le cadre de la LPSR précise :

- les professions de la santé qui sont réglementées, leur champ d'exercice et les titres réservés;
- les pouvoirs et les obligations des ordres;
- les actes et les interventions en matière de soins de santé qui ne peuvent être pratiqués que par des professionnels de la santé réglementés – appelés actes autorisés;
- les obligations professionnelles des membres de professions de la santé réglementées;
- et les procédures relatives à l'aptitude professionnelle, aux plaintes, à la discipline et aux appels.

Actes autorisés aux termes de la LPSR

La LPSR désigne 13 actes autorisés. Il s'agit d'interventions qui présentent un risque de lésion considérable pour les patients ou les clients si elles ne sont pas pratiquées correctement et par une personne compétente. Elles ne peuvent être pratiquées que par des professionnels de la santé réglementés à qui sont attribués un ou plusieurs actes autorisés par une loi professionnelle relevant de la LPSR[6].

Clause de la LPSR relative au risque de lésion

La clause relative au risque de lésion a pour effet d'interdire les activités potentiellement dangereuses qui ne sont pas prévues de manière expresse par les actes autorisés. La clause relative au risque de lésion interdit à toute personne autre qu'un membre qui agit dans l'exercice de sa profession de donner un traitement ou des conseils à une personne en ce qui concerne sa santé dans des circonstances où il est raisonnable de prévoir que des lésions corporelles graves puissent en découler. La LPSR permet aux professionnels de la santé réglementés, dans les circonstances prescrites, de déléguer l'exécution partielle ou totale d'un acte autorisé.

Objectifs stratégiques

La LPSR comporte quatre objectifs stratégiques interdépendants :

---

[6] Voir la liste des actes autorisés à l'Annexe B.

Protection du public

- Restrictions relatives aux praticiens pouvant accomplir des actes et des interventions comportant un risque de lésion;
- interdiction aux praticiens non réglementés de fournir un traitement ou des conseils lorsqu'il est raisonnable de prévoir que des lésions corporelles graves puissent en découler;
- restrictions relatives à l'usage des titres et désignations professionnels;
- processus relatifs aux plaintes, à la discipline et à l'aptitude professionnelle;
- financement d'une thérapie pour les victimes de mauvais traitements d'ordre sexuel.

Qualité des soins

- Vaste pouvoir de réglementation accordé aux ordres, notamment le pouvoir d'établir et de faire appliquer des normes d'exercice;
- programmes obligatoires d'assurance de la qualité et de relations avec les patients.

Accès

- Abolition des champs d'exercice exclusifs;
- allègement des restrictions touchant l'accès direct aux praticiens.

Responsabilité

- Transparence assurée par l'obligation de tenir à portes ouvertes les réunions du Conseil, les audiences disciplinaires et les révisions de plaintes;
- une représentation équilibrée au sein de chaque conseil de l'ordre responsable, y compris des professionnels, des universitaires et des membres représentant le public.

C) Les développements législatifs et réglementaires ayant suivi l'adoption de la LPSR

En 1996, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario communiquait aux ordres des lignes directrices intitulées *Principles for Quality Assurance Programs and Regulations under the Regulated Health Professions Act, 1991*. Ce document suggérait trois éléments à inclure dans les programmes d'assurance de la qualité :

- l'identification des membres incompétents ou inaptes à exercer la profession ou dont les compétences sont insuffisantes mais peuvent être améliorées grâce à des mesures correctives et à des programmes visant à résoudre ces problèmes;
- le maintien et l'amélioration de la compétence de chaque membre;
- l'amélioration du rendement collectif de la profession en mettant l'accent sur les résultats pour les patients et sur les méthodes les plus efficaces.

La LPSR n'est pas seule à avoir des répercussions sur les professions de la santé réglementées. Dans le cadre de la législation ontarienne, par exemple :

- la *Loi de 1996 sur le consentement aux soins de santé* établit les responsabilités des professionnels de la santé réglementés, ainsi que des mesures de protection pour les patients et les clients, et elle énonce les exigences concernant le

consentement éclairé au traitement, aux services de soin de la personne et à l'admission dans un établissement de soins de longue durée;

- la *Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé* prévoit un cadre général pour la protection de la vie privée des patients et des clients ainsi que du caractère confidentiel des renseignements personnels sur leur santé;
- la *Loi de 2007 sur l'amélioration du système de santé* modifiait la LPSR de manière à y enchâsser, à l'intention des ordres, une directive de collaboration interprofessionnelle (voir la Partie 2);
- la *Loi sur la réglementation des médicaments et des pharmacies* précise les exigences concernant l'exploitation d'une pharmacie et le rôle des professionnels dans la préparation, la composition et la vente de médicaments;
- la *Loi sur les hôpitaux publics* et les règlements y afférents précisent certains rôles et pouvoirs pour les professionnels de la santé.

La réglementation des professions de la santé en Ontario est un processus permanent mais évolutif. Un certain nombre de nouvelles professions ont été réglementées par suite de l'adoption de la LPSR, notamment :

- la profession de sage-femme aux termes de la *Loi de 1991 sur les sages-femmes;*
- les professions de travailleur social et de technicien en travail social, réglementées par le ministère des Services sociaux et communautaires aux termes de la *Loi de 1998 sur le travail social et les techniques de travail social;*
- la médecine traditionnelle chinoise aux termes de la *Loi de 2006 sur les praticiens en médecine traditionnelle chinoise;*
- l'homéopathie aux termes de la *Loi de 2007 sur les homéopathes;*
- la kinésiologie aux termes de la *Loi de 2007 sur les kinésiologues;*
- la naturopathie aux termes de la *Loi de 2007 sur les naturopathes;*
- la profession de technicien en pharmacie aux termes de la *Loi de 1991 sur les pharmaciens;*
- la psychothérapie aux termes de la *Loi de 2007 sur les psychothérapeutes.*

Évolution du système de soins de santé de l'Ontario

Au cours de la dernière décennie, les gouvernements provinciaux et fédéral ont mené de front la mise en œuvre de vastes réformes des soins de santé. La difficulté de cette tâche a été exacerbée par de nombreux défis, notamment les besoins croissants et changeants d'une population vieillissante et plus diverse, la naissance de nouvelles technologies, les pénuries de ressources humaines dans le domaine de la santé et l'escalade des coûts liés aux soins. Les principaux enjeux auxquels sont confrontés les pouvoirs publics aujourd'hui sont les temps d'attente, la sécurité des patients, la qualité des soins et la pérennité du système de soins de santé.

Dans le cadre de son engagement envers la transformation du système de soins de santé, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée a mis en œuvre un certain nombre de réformes qui modifient le mode de prestation des soins en Ontario. Par exemple :

- des stratégies de réduction des temps d'attente en cancérologie, en cardiologie, et pour les arthroplasties du genou et de la hanche, les opérations de cataractes, les services d'IRM et de tomodensitométrie (2004), ainsi que l'élargissement de

ces stratégies à la chirurgie pédiatrique et à d'autres services (2006-2007), à la chirurgie orthopédique (os et articulations) et à toutes les chirurgies ophtalmologiques (2007-2008), puis à toutes les spécialités chirurgicales (2008-2009);
- la réforme des soins de longue durée (2004);
- l'implantation de centres de santé communautaire (2004);
- la mise en place d'équipes Santé familiale (2005);
- un cadre de prévention et de gestion des maladies chroniques (2005);
- l'introduction des réseaux locaux d'intégration des services de santé (2006);
- l'établissement de ProfessionsSantéOntario afin de pallier la pénurie de ressources humaines dans le domaine de la santé dans le cadre d'une stratégie provinciale (2006).

Récemment, des experts du secteur des soins de santé se sont rassemblés dans le cadre de la stratégie ProfessionsSantéOntario afin d'élaborer des recommandations destinées à améliorer la collaboration interprofessionnelle en soins de santé. Leurs travaux ont abouti à la rédaction d'un document intitulé *Collaboration interprofessionnelle en soins de santé : un plan directeur provincial*[7]. L'examen et la mise en œuvre des recommandations qui y sont faites sont en cours, avec la collaboration du secteur des soins de santé et de celui de l'éducation. L'une des recommandations formulées appelait une revision de la législation afin de définir les occasions de dissiper les obstacles et d'accroître les possibilités d'appuyer la collaboration interprofessionnelle en soins de santé. Voici un aperçu des lois qu'il conviendrait peut-être d'examiner dans le cadre de cette démarche :

- la *Loi sur les ambulances;*
- la *Loi sur la réglementation des médicaments et des pharmacies;*
- la *Loi sur la protection contre les rayons X;*
- la *Loi sur l'assurance-santé;*
- la *Loi autorisant des laboratoires médicaux et des centres de prélèvement;*
- la *Loi sur la santé mentale;*
- la *Loi sur les hôpitaux publics;*
- la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées;*
- la *Loi de 1994 sur les soins de longue durée;*
- la *Loi de 2001 sur les sociétés d'accès aux soins communautaires;*
- les lois régissant des professions de la santé particulières.

Défis et possibilités

Il existe de nombreux obstacles à l'amélioration de la collaboration interprofessionnelle en soins de santé, par exemple :

- la concurrence, les craintes et les erreurs de compréhension chez les professionnels de la santé;
- les barrières historiques, y compris la formation à une profession particulière, les différences dans l'approche philosophique des soins, les corpus de

[7] Accessible dans le site Web de ProfessionsSantéOntario, à l'adresse http://www.professionssanteontario.ca/WhatIsHFO/IPCProject/IPCBlueprint%20for%20Action.aspx

connaissances qui se chevauchent ou qui sont incompatibles, les différences culturelles au sein des professions;
- les cadres de responsabilisation multiples;
- le nombre important d'ordres ayant des champs d'exercice similaires, des actes autorisés identiques ou semblables et réglementant des professionnels qui dispensent des services étroitement liés et visant dans bien des cas les mêmes parties de l'anatomie;
- la méconnaissance, le déni et le manque de respect des compétences, des capacités et de la formation de toutes les professions de la santé par les patients et les autres professionnels de la santé;
- le manque de souplesse de la LPSR;
- l'approche fragmentée du système de soins de santé renforcée par les modèles de soins, les éléments de la LPSR, les professionnels et les politiques publiques;
- l'infrastructure;
- l'absence d'un mandat clair et le financement insuffisant de la collaboration interprofessionnelle.

Certes la collaboration interprofessionnelle en soins de santé comporte un certain nombre de défis, mais elle offre également de nombreuses possibilités. Certaines d'entre elles ont pour origine :
- l'apparition de nouvelles professions de la santé et d'ordres qui ont besoin d'un mentorat et d'un soutien de la part de ceux qui sont mieux établis;
- trois nouveaux objectifs de collaboration interprofessionnelle pour les ordres, à l'Annexe M de la *Loi de 2007 sur l'amélioration du système de santé*;
- le partage des ressources ou des fonctions entre les ordres;
- l'intensification de la formation interprofessionnelle dans les établissements de formation professionnelle;
- la mise en œuvre de politiques publiques visant à promouvoir la collaboration interprofessionnelle;
- le leadership au sein des ordres et des ministères clés.

Le chevauchement des champs d'exercice peut promouvoir une meilleure collaboration et il peut tout aussi bien y faire obstacle. La LPSR prévoit le chevauchement des champs d'exercice et l'existence d'actes autorisés communs; elle favorise ainsi la collaboration puisque ce dispositif permet à un certain nombre de professions de la santé de pratiquer de nombreuses activités identiques. En même temps, des interprétations différentes d'actes autorisés identiques ou similaires et de normes d'exercice différentes parmi les professions qui accomplissent des actes autorisés identiques ou similaires peuvent susciter une concurrence et des rivalités entre les professions. L'absence d'un mécanisme de résolution de conflits a été définie comme un obstacle à l'amélioration de la collaboration interprofessionnelle.

La recherche documentaire et l'étude interterritoriale réalisées par le CCRPS ont fait la lumière sur les difficultés et les possibilités que comporte la collaboration interprofessionnelle en soins de santé parmi les ordres et autres organismes de réglementation et leurs membres. Il est clair que la LPSR et les autres lois touchant les professions de la santé et les professionnels ne devraient pas faire obstacle à la collaboration interprofessionnelle en soins de santé.

PARTIE 4 : Recherche et consultations publiques

Résumé des ateliers

Les 17 et 18 octobre 2007, le CCRPS a parrainé la tenue, à Toronto, de deux ateliers[8] sur la collaboration interprofessionnelle. Ces ateliers avaient pour objet d'engager les participants dans un débat préliminaire sur diverses questions :

- Quelles mesures les ordres de réglementation de l'Ontario prennent-ils pour promouvoir la collaboration interprofessionnelle?
- Quels sont les obstacles à la collaboration interprofessionnelle?
- Comment peut-on lever les obstacles?
- Quels moyens les ordres veulent-ils – ou que leur faut-il – pour satisfaire aux nouveaux objectifs de collaboration interprofessionnelle aux termes de la *Loi de 2007 sur l'amélioration du système de santé*?
- Comment l'établissement de règles peut-il contribuer à la collaboration interprofessionnelle?
- Quelles nouvelles exigences faut-il encore pour atteindre les objectifs de collaboration interprofessionnelle?

A) Quelles mesures les ordres prennent-ils pour promouvoir la collaboration interprofessionnelle?

Les personnes qui ont participé aux ateliers ont confirmé qu'il y avait, parmi les associations de soins de santé, les ordres, les professionnels de la santé et les fournisseurs de soins de santé, un désir plus profond d'explorer les moyens de soutenir et de faire avancer la collaboration interprofessionnelle. Ce phénomène s'illustre par l'action entreprise dans les secteurs clinique, de l'enseignement, de la recherche et de l'élaboration des politiques. Citons, par exemple :

- le soutien accordé au principe de collaboration interprofessionnelle défini dans les séances et les documents de planification stratégique;
- la reconnaissance de la collaboration en tant que compétence de base au sein de certains ordres;
- la diffusion des normes et la demande d'informations lors de l'établissement, par d'autres groupes professionnels, de normes nouvelles ou remaniées;
- l'élaboration de lignes directrices relatives à la délégation et aux directives médicales et la diffusion de certaines directives au sein des ordres;
- des nominations conjointes et la représentation d'autres ordres au sein des comités professionnels;
- l'implantation d'équipes interprofessionnelles en milieux cliniques, y compris hôpitaux, centres de santé communautaire, équipes Santé familiale et établissements de soins de longue durée;
- l'accès commun aux dossiers médicaux électroniques;

[8] Le premier atelier comportait des discussions avec des dirigeants du secteur des soins de santé représentant des associations ontariennes de professionnels de la santé et de fournisseurs de soins. Le second faisait intervenir des personnes représentant divers ordres, notamment des professionnels de la santé, des personnes nommées par le gouvernement à des conseils d'ordres, ainsi que le personnel de ces ordres.

- une attention renouvelée à la formation interprofessionnelle aux niveaux collégial et universitaire, y compris des changements dans la conception du curriculum et la recherche collective sur la politique de formation interprofessionnelle;
- l'organisation de conférences et de groupes de réflexion sur la collaboration interprofessionnelle.

B) Quels sont les obstacles à la collaboration interprofessionnelle?
L'absence d'un consensus sur le sens du terme « collaboration interprofessionnelle » et de ses dérivés, comme les soins fondés sur la collaboration, est un obstacle majeur à la progression des réformes qui appuieront cette collaboration interprofessionnelle. Le manque de clarté contribue à l'ambiguïté et ébranle de manière générale, chez les professionnels et les ordres qui les regroupent, la connaissance, la compréhension et la confiance à l'égard de leurs rôles, de leurs champs d'exercice et de leurs compétences respectifs, y compris l'interdépendance de ces éléments et leur corrélation avec les soins aux patients.

Au nombre des obstacles cités par les participants aux ateliers, notons également le chevauchement des champs d'exercice et les actes autorisés communs. Les intervenants qui ont pris la parole lors des ateliers ont souligné l'existence d'interprétations et de normes d'exercice différentes au sein des professions qui accomplissent les mêmes actes autorisés ou des actes autorisés similaires. Ces différences risquent de créer entre les professions une concurrence et des rivalités souvent difficiles à résorber.

Les participants aux ateliers ont par ailleurs signalé les obstacles suivants :

- l'absence d'une collaboration établie parmi les professions en raison du manque de temps et de ressources pour faire avancer les modèles de collaboration interprofessionnelle, le manque de directives de collaboration, le manque d'orientation et de soutien nécessaires à la mise en place d'équipes de collaboration interprofessionnelle, le chevauchement des champs d'exercice, et l'accès inégal aux actes autorisés entre les professions;

> *Il faut veiller à ce que la définition de la pratique axée sur la collaboration tienne compte de l'interface entre le champ d'exercice de l'individu et celui de la profession.*
> *Source : participant aux ateliers*

- les rivalités et les rapports de force découlant des différences pratiquées dans les méthodes de rémunération;

- les difficultés liées à la réglementation, y compris le processus d'approbation des règlements et les retards qui en découlent; les dédoublements dans l'élaboration de règlements qui pourraient être communs à tous les ordres; la tendance croissante à privilégier l'élaboration de lignes directrices plutôt que des règlements; la rigidité et la rigueur des normes qui entravent les changements;

- l'inquiétude des membres de certaines professions nouvelles, comme la médecine traditionnelle chinoise, à l'égard des approches cliniques privilégiées par les autres professions pour les actes autorisés communs ou semblables;

- les politiques et les structures organisationnelles et gouvernementales qui renforcent les cloisonnements administratifs.

C) Quelles mesures permettraient de supprimer les obstacles?
Les participants aux ateliers ont défini des moyens de lever certains de ces obstacles :

Aspect clinique	▪ Revoir et repenser les champs d'exercice de certains groupes professionnels; ▪ préciser les domaines auxquels il serait grand temps d'apporter un changement, comme le chevauchement des champs d'exercice et les actes autorisés communs; ▪ reconnaître que les normes sont évolutives; ▪ changer les modèles de financement qui sont incompatibles avec la collaboration interprofessionnelle.
Études et enseignement	▪ Supprimer les cloisonnements administratifs et la ségrégation dans la formation des professionnels de la santé; ▪ proposer davantage de possibilités d'études au sein des professions afin de promouvoir la collaboration interprofessionnelle; ▪ établir des programmes de mentorat; ▪ s'éclairer des modèles d'éducation interprofessionnelle efficaces et les mettre à profit; ▪ améliorer l'intégration de la collaboration interprofessionnelle dans les programmes d'études et de formation; assurer une éducation initiale qui permette de comprendre les rôles de différentes professions de la santé et l'utilité de la collaboration interprofessionnelle dans l'amélioration des soins de santé; ▪ veiller à ce que les nouvelles professions comprennent bien les rôles et les responsabilités prescrits par la LPSR, ainsi que la possibilité d'élaborer conjointement les normes visant des actes autorisés similaires; ▪ renforcer la collaboration entre le ministère de la Santé et des Soins de longue durée et le ministère de la Formation et des Collèges et Universités.
Recherche et politiques	▪ Clarifier la définition des termes « collaboration interprofessionnelle » et « acte autorisé »; ▪ s'éclairer des mesures prises par d'autres professions ou d'autres instances pour faire avancer la collaboration interprofessionnelle et les mettre en application; ▪ créer des banques de ressources communes; ▪ examiner les pratiques communes à tous les ordres pour en comprendre les ressemblances.
Législation et réglementation	▪ Aborder les problèmes découlant de mesures législatives et de règlements contradictoires, comme les différences dans les principes communs d'un ordre à l'autre pour les questions telles que l'assurance de la qualité; ▪ établir une distinction claire entre les règlements administratifs, la réglementation, les règles, les lignes directrices et les normes; ▪ confirmer la mesure dans laquelle chaque ordre a le pouvoir de réglementer et de rendre effective l'adoption de normes de

	pratique exemplaire; ▪ promouvoir des processus conjoints d'assurance et d'amélioration de la qualité, ainsi que de maintien de la compétence; ▪ améliorer les possibilités d'enquêtes conjointes dans le cadre desquelles les professionnels de plusieurs ordres participent à un processus de plainte ou de rapport; ▪ résorber les différences dans les normes de tenue de dossiers, les compétences, les lignes directrices et les attentes; ▪ renforcer le processus de résolution des différends; ▪ réviser la *Loi sur les hôpitaux publics* de manière à tenir compte des obstacles et modifier d'autres lois, au besoin, pour favoriser la collaboration interprofessionnelle.
Structures	▪ Clarifier le niveau de soutien et de responsabilité des structures existantes, comme les Ordres de réglementation des professionnels de la santé de l'Ontario; ▪ améliorer la communication formelle et informelle parmi les ordres et les professions; ▪ mettre à profit les professions actuelles et leur rôle dans les services à fournir à la population; ▪ modifier les lois et les règlements actuels de façon à inclure des équipes multidisciplinaires dans le processus de développement; ▪ reconnaître la capacité du dossier médical électronique à favoriser le changement; ▪ éliminer les situations conflictuelles en privilégiant un arbitrage qui a force exécutoire.

Les participants aux deux ateliers ont confirmé qu'il existe une volonté et un engagement fermes à l'égard de la promotion de la collaboration entre les professions. Il a été déterminé qu'il fallait d'abord et avant tout définir et écarter certains obstacles du système actuel pour faire bouger les choses.

Résumé de la recherche documentaire

Le CCRPS a mené une recherche documentaire liée à la collaboration interprofessionnelle. Cette recherche visait essentiellement à définir les principaux documents qui éclairent les discussions sur les questions de législation, de réglementation, de politiques, de structures et d'organisation qui aident les ordres et leurs membres à faire avancer la collaboration interprofessionnelle.

Compte tenu de la diversité de questions touchant la collaboration interprofessionnelle et des différentes façons dont ce concept a été défini et abordé dans la documentation examinée, la recherche documentaire a été organisée en fonction d'un certain nombre de questions clés :

- Quelle est la définition de « collaboration interprofessionnelle »? Quels autres termes sont utilisés pour définir la collaboration interprofessionnelle?
- Qu'est-ce qui stimule le niveau actuel de collaboration interprofessionnelle visant à améliorer les résultats pour les patients?
- Quels avantages attribue-t-on à la collaboration interprofessionnelle? La collaboration interprofessionnelle améliore-t-elle les résultats pour les patients?

- En matière de réglementation, quels bras de levier et quels obstacles faut-il examiner?

Principales conclusions de la recherche documentaire :

A) Regain d'intérêt pour la collaboration interprofessionnelle et les modèles interprofessionnels de prestation de soins

- Le thème de la collaboration interprofessionnelle est ressorti dans différents contextes, un certain nombre de rapports publiés récemment évoquant la nécessité d'accorder une attention spéciale à la collaboration interprofessionnelle dans l'éducation, la recherche, la pratique clinique, la législation et la réglementation.

> *De plus en plus, la collaboration interprofessionnelle est perçue comme une stratégie clé pour la prestation de soins de première qualité et de la plus haute efficacité aux personnes qui ont besoin de services multiples ou qui utilisent à la fois des services de soins actifs et des services de soins primaires.*
>
> *Source : Initiative pour l'amélioration de la collaboration interdisciplinaire dans les soins de santé primaires, avril 2005-B*

- Bien que les patients, les soignants, les professionnels de la santé et les décideurs soient nombreux à vouloir accueillir les soins de santé fondés sur la collaboration, les politiques actuelles présentent souvent des obstacles qui gênent l'évolution vers des soins de santé fondés sur un travail en équipe. Ces obstacles comprennent : l'incohérence des politiques et approches gouvernementales; les restrictions dans la planification des ressources humaines dans le domaine médical; des cadres réglementaires et législatifs qui créent un cloisonnement; et des modèles de financement et de rémunération qui découragent la collaboration[9].
- L'intérêt croissant pour la collaboration interprofessionnelle soulève également certaines questions liées à la gestion des limites professionnelles et, en particulier, aux rapports entre fournisseurs de soins professionnels et entre les autorités réglementant les professionnels de la santé.

B) Variation dans la terminologie employée pour décrire la collaboration interprofessionnelle en soins de santé

> *Dans le contexte canadien, « le cadre législatif et réglementaire, surtout dans la mesure où il gouverne les responsabilités de chacune des professions, représente davantage une entrave à la collaboration entre professionnels que le bras de levier dont il devrait servir.*
>
> *Source : Bourgeault et Mulvane, 2006*

- Les termes clés employés pour décrire la collaboration interprofessionnelle en soins de santé comprennent les suivants : équipe; travail en équipe; soins fondés sur la collaboration; pratique axée sur la collaboration; soins multidisciplinaires; soins interdisciplinaires; soins fondés sur la collaboration interprofessionnelle. La documentation examinée n'a pas permis de trouver de définitions précises de la collaboration interprofessionnelle dans le contexte de la réforme de la réglementation.

---

[9] Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (juin 2006). *Le travail en équipe dans les services de santé : promouvoir un travail en équipe efficace dans les services de santé au Canada.*

C) Élargissement du fond de recherche liée à la collaboration interprofessionnelle en soins de santé

- Une bonne partie de la documentation décrit les expériences passées et actuelles liées aux modèles interprofessionnels de prestation de soins et contient des observations sur les réussites et les obstacles liés à ces pratiques. La documentation récente, en particulier, a commencé à examiner de plus près certains enjeux des politiques et du système actuels qui ont favorisé ou entravé les soins de santé fondés sur la collaboration.

- Bien qu'il soit généralement reconnu que le travail en équipe produit de meilleurs résultats pour les patients, il est difficile de démontrer cette causalité à travers la recherche. Il existe cependant des preuves que la collaboration interprofessionnelle en soins de santé est utile et qu'elle contribue à augmenter la satisfaction des patients et des fournisseurs de soins ainsi qu'à réduire les coûts des soins de santé lorsqu'elle est appliquée à différents cadres de travail[10].

- En ce qui concerne l'évaluation des résultats de la collaboration interdisciplinaire en soins de santé, les évaluations actuelles révèlent que les clients et les patients bénéficiant de tels soins montrent une satisfaction considérable à l'égard des résultats obtenus. Des études menées dans divers pays montrent des résultats positifs en ce qui concerne la qualité de vie et les soins chez de nombreux types de patients et de clients, dont des anciens combattants ayant des besoins complexes, des enfants ayant des besoins particuliers, des patients de services de gériatrie, des bénéficiaires de services de santé mentale, ainsi que la population en général[11].

> *La transition vers un recours plus fréquent aux équipes de collaboration en soins de santé soulève une vague de questions liées à la gestion des limites professionnelles. Il existe d'importants facteurs institutionnels, réglementaires et économiques qui d'une part favorisent le succès des équipes de collaboration en soins de santé et d'autre part l'entravent... Rare est la recherche qui se soit concentrée sur les facteurs globaux ou les macro-facteurs qui influencent le succès de la mise en oeuvre des modèles de soins fondés sur la collaboration, particulièrement en dehors des cadres institutionnels.*
>
> *Source : Bourgeault et Mulvane, 2006*

- La documentation corroborant l'utilité de la formation interprofessionnelle est rare. On constate cela particulièrement dans des rapports, rendus publics, sur la formation interprofessionnelle préalable à l'autorisation d'exercer. Il faut créer un ensemble de connaissances qui définit la fréquence et la nature de l'expérience interprofessionnelle afin de veiller à ce que les professionnels de la santé détiennent le savoir, l'attitude et les compétences requises pour entreprendre une pratique axée sur la collaboration[12].

D) Qui dit collaboration interprofessionnelle dit changements stratégiques

- Il faut prévoir des dispositifs à travers lesquels les responsables de la réglementation de diverses professions de la santé pourront ensemble mettre au point des modèles

---

[10] Ibid.

[11] Enhancing Interdisciplinary Collaboration in Primary Health Care Initiative (mai 2005). *Enhancing Interdisciplinary Collaboration in Primary Health Care, Barriers and Enabling Factors Task Groups Report.*

[12] Herbert, Carol P. (Mai 2005). Éditorial : « Changing the culture: Interprofessional education for collaborative patient-centric practice in Canada ». *Journal of Interprofessional Care.* 19 : S1, 1-4.

utiles de collaboration interprofessionnelle au sein du continuum de soins et entre ses composantes.

- Pour que la collaboration interprofessionnelle puisse prendre son envol, il faut qu'elle s'appuie sur des structures solides, notamment des cadres législatif, réglementaire et légal. Bien que le changement semble se préciser dans les cadres législatif et réglementaire, il est dit dans certains documents que, dans l'ensemble, les principes législatifs et réglementaires actuels ne sont pas prometteurs d'une collaboration interdisciplinaire[13].

- À l'échelle du système, la réforme de la législation et de la réglementation doivent suivre le rythme de l'évolution et des tendances du milieu professionnel. Les cadres législatifs et de réglementation en vigueur au Canada ne sont pas cohérents dans leur manière de définir le champ d'exercice des professions de la santé. Les obstacles qui empêchent les praticiens d'exploiter pleinement leur champ d'exercice sont autant de barrières qui entravent l'utilisation optimale des ressources humaines de la santé[14].

- Une action législative et réglementaire s'impose pour que puisse s'opérer un changement qui mènera à une collaboration interdisciplinaire. Toute révision de la législation doit, entre autres choses : reconnaître la validité de la pratique collective; énoncer clairement le champ d'exercice de chaque profession de la santé; définir les rôles, les responsabilités et les relations dans le cadre d'une entente expresse entre les membres qui appuient la pratique fondée sur la collaboration[15].

- Le législateur et les responsables de la réglementation n'ont jamais compté la collaboration en soins de santé parmi leurs principaux objectifs. La législation et la réglementation actuelles n'interdisent pas la pratique axée sur la collaboration, non plus qu'elles ne l'encouragent, ne l'exigent et ne la favorisent ou ne la rendent possible. La législation et les règlements devraient être mis à jour et modifiés de manière à appuyer expressément la collaboration. Au Canada, il y a des incohérences et un manque de clarté dans la législation et la réglementation touchant la collaboration. En présence de telles lacunes, les responsables de la réglementation et les professionnels de la santé optent pour la circonspection. Le législateur et les responsables de la réglementation doivent donc souligner clairement et de manière constante l'importance de la collaboration[16].

> *Un différend de taille oppose les responsables des politiques, qui se demandent quand les obstacles réglementaires à la concurrence sont appropriés et lesquels le sont. À une extrême, il est vital que seules les personnes compétentes aient le droit de dispenser des soins complexes et de pratiquer des interventions comportant un risque. À l'autre extrême, la réglementation peut être vue comme une forme de « rivalité » visant plutôt à augmenter le revenu des professionnels, sans pour autant améliorer les résultats pour les patients.*
>
> *Source : Deber, Baumann, 2005*

---

[13] Watson, Diane et Wong, Sabrina (2005). *Canadian Policy Context: Interdisciplinary Collaboration in Primary Health Care.* Conference Board du Canada, étude commandée dans le cadre de l'*Initiative pour l'amélioration de la collaboration interdisciplinaire dans les soins de santé primaires.* Ottawa.

[14] Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé. Op. cit.

[15] *Initiative pour l'amélioration de la collaboration interdisciplinaire dans les soins de santé primaires.* Op. cit.

[16] Conference Board du Canada (2007). *Achieving Public Protection through Collaborative Self-Regulation: Reflections for a New Paradigm.*

- Les responsables de la réglementation jouent un rôle important dans le soutien de la pratique axée sur la collaboration, ceci à travers l'établissement de partenariats qui les unissent aux éducateurs, au gouvernement et au public. Encourager les responsables de la réglementation à travailler ensemble dans les domaines de l'assurance de la qualité, des plaintes et de la discipline, c'est faire comprendre aux professionnels de la santé l'importance de la collaboration[17].

Résumé de l'étude interterritoriale

Le CCRPS a effectué une recherche sur les régions suivantes afin de déterminer le type de mécanismes qu'elles ont adoptés pour améliorer la collaboration interprofessionnelle :

- l'Ontario;
- l'Alberta;
- la Colombie-Britannique;
- le Québec;
- Victoria, Australie;
- le Danemark;
- la Nouvelle-Zélande;
- le Royaume-Uni;
- le Nebraska, États-Unis;
- la Virginie, États-Unis;
- l'État de Washington, États-Unis.

Le CCRPS a mené une recherche sur le cadre législatif et réglementaire de chacune de ces régions, puis il a défini les politiques gouvernementales, les stratégies et les principaux dispositifs législatifs et réglementaires. Parmi les initiatives prises sur ces territoires, citons :

- des réformes législatives visant à favoriser la capacité des praticiens de la santé à collaborer ensemble (en Alberta, en Colombie-Britannique et au Québec, ainsi qu'à Victoria et en Nouvelle-Zélande);
- la création d'organismes se vouant spécialement à améliorer la collaboration entre les autorités réglementant les professions de la santé (au Québec et au Royaume-Uni);
- certains dispositifs ou systèmes communs à tous les organismes réglementant les professions de la santé pour les plaintes, les enquêtes, les processus et les procédures disciplinaires (au Québec, à Victoria, en Nouvelle-Zélande, au Danemark, au Nebraska, en Virginie et dans l'État de Washington).

Si le CCRPS a relevé certaines approches novatrices et nouvelles de la collaboration interprofessionnelle sur d'autres territoires, tout compte fait la collaboration entre les organismes de réglementation n'a pas semblé aussi bien développée que les initiatives interprofessionnelles prises sur le plan clinique et de la formation.

---

[17] Ibid.

En Alberta, en Colombie-Britannique, en Nouvelle-Zélande et à Victoria (en Australie), les réformes législatives et réglementaires entreprises ces dernières années ont donné lieu à un cadre législatif semblable à celui que l'Ontario a en place depuis 1991, année d'adoption de la LPSR et des champs d'exercice non exclusifs.

L'introduction de procédures et processus communs de plainte, d'enquête ou de discipline pour toutes les autorités réglementant les professions de la santé est l'initiative la plus courante observée sur les sept territoires qui ont fait l'objet de l'étude.

Autre fait notable, le Royaume-Uni a pris des mesures significatives pour moderniser la réglementation de ses professions médicales avec la publication, en 2007, d'un livre blanc sur la réglementation des professionnels de la santé. Ce livre blanc proposait notamment que l'on songe aux domaines dans lesquels il conviendrait d'harmoniser la pratique de réglementation et les dispositions législatives au sein de tous les organismes de réglementation, afin de veiller à ce que chacun ait les obligations et les pouvoirs les plus actuels et les plus complets.

La Nouvelle-Zélande était le seul territoire à garantir explicitement, à travers son *Code of Health and Disability Services Consumers Rights*, que chaque usager de soins de santé est en droit de s'attendre à la coopération des fournisseurs aux fins de la qualité et de la continuité des services.

VOTRE OPINION COMPTE...

COMMENT SOUMETTRE VOS OBSERVATIONS AU CCRPS :

VEUILLEZ JOINDRE LA FEUILLE DE RENSEIGNEMENTS SUIVANTE AU MÉMOIRE QUE VOUS SOUMETTREZ AU CCRPS. VOS OBSERVATIONS DOIVENT ÊTRE ENVOYÉES AU PLUS TARD LE 15 AVRIL 2008 À :

Annie Schiefer, directrice de projet
Conseil consultatif de réglementation des professions de la santé
55, avenue St. Clair Ouest
Bureau 806, C.P. 18
Toronto (Ontario), Canada M4V 2Y7

Nous préférons recevoir les observations sous format Microsoft Word, sur disquette (par courrier postal) ou par courriel si possible. Les observations présentées par voie électronique peuvent être adressées à : HPRACSubmissions@ontario.ca. Si la transmission par télécopieur est plus commode pour vous, veuillez adresser vos observations au CCRPS, PROJET DE COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE, 416 326-1549. Les copies papier devraient être envoyées à l'adresse ci-dessus.

Renseignements relatifs aux observations :

NOM : _____

ORGANISME, LE CAS ÉCHÉANT : _____

FONCTION : _____

ADRESSE : _____

VILLE : _____ PROVINCE : ____ CODE POSTAL : _____

COURRIEL : _____

TÉLÉPHONE : _____ DATE DE SOUMISSION : _____

Veuillez noter que les observations peuvent être citées intégralement ou en partie dans le rapport du CCRPS au ministre de la Santé et des Soins de longue durée, et qu'elles seront affichées dans le site Web du CCRPS. Toutes les observations et la correspondance reçues peuvent faire l'objet d'une demande en vertu de la Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée. Si vous souhaitez qu'une partie de votre réponse, de vos observations ou de votre correspondance ne soit pas divulguée, veuillez le préciser et motiver votre demande.

Cette feuille peut être téléchargée avec le texte intégral du Guide de discussion (format PDF) dans le site Web du CCRPS, à http://www.hprac.org, dans la section « Collaboration interprofessionnelle » de la rubrique « Présentations ministérielles actuelles ».

PARTIE 5 : Questions du CCRPS

Dispositifs susceptibles de favoriser et d'appuyer la collaboration entre les ordres régissant des professions de la santé

La *Loi de 2007 sur l'amélioration du système de santé* a établi un mandat clair aux termes duquel les ordres doivent resserrer leur collaboration interprofessionnelle.

La Loi prévoit de nouvelles aides qui facilitent l'interaction entre les ordres, y compris les objectifs supplémentaires qui ont été établis pour ces derniers et qui prendront effet au plus tard en juin 2009, ainsi que des dispositions sur la confidentialité révisées afin de clarifier la capacité des ordres à partager l'information aux fins de la LPSR.

Afin d'aider les ordres à atteindre leurs nouveaux objectifs, le ministre a demandé au CCRPS de recommander des dispositifs pour favoriser et appuyer la collaboration entre les ordres.

La recherche documentaire et l'étude interterritoriale réalisées démontrent l'important rôle que les responsables de la réglementation doivent remplir pour appuyer et rendre possible la collaboration interprofessionnelle à l'échelon clinique.

Le CCRPS a l'occasion de recommander au ministre des options qui fourniront aux ordres les outils nécessaires pour améliorer la collaboration entre les ordres et leurs membres.

Le CCRPS a pris en considération :

- les difficultés auxquelles les ordres ont été confrontés dans leurs efforts de collaboration;
- les mesures prises sur d'autres territoires;
- et les dispositifs qui pourraient permettre à l'Ontario de faire avancer la collaboration entre les ordres qu'il regroupe.

QUESTIONS DU CCRPS

Pour pouvoir mieux préparer un avis à l'intention du ministre, le CCRPS a élaboré un certain nombre de questions sur lesquelles il souhaite obtenir vos commentaires et vos impressions. Nous sommes ravis d'obtenir votre participation et vous en sommes très reconnaissants. Nous espérons que vous fournirez des notes faisant référence à vos connaissances et à votre expérience et que vous nous proposerez d'autres moyens d'appuyer la collaboration interprofessionnelle. Nous vous prions de faire parvenir vos réponses au CCRPS d'ici le 15 avril 2008.

Définir la collaboration interprofessionnelle

Contexte : Ce Guide de discussion vise principalement à examiner les enjeux, les défis et les possibilités liés à la demande d'avis que le CCRPS a reçue du ministre.

Bien qu'il existe de nombreuses définitions de la « collaboration interprofessionnelle en soins de santé » (c.-à-d. à l'échelon clinique), la recherche documentaire n'a permis de trouver aucune définition de la collaboration en matière de réglementation (entre les ordres). Pour mettre ce Guide de discussion en contexte et pour cibler sa réponse à la demande du ministre, le CCRPS propose que toute initiative vise à trouver des moyens d'accomplir la tâche suivante :

Aider les ordres réglementant les professions de la santé, et leurs membres, à travailler dans un esprit de collaboration et non de concurrence, ainsi qu'à se connaître et à s'éclairer mutuellement dans le cadre d'un processus fondé sur le respect et le partage des connaissances, ceci afin de pouvoir :

- améliorer les soins aux patients et favoriser l'obtention de meilleurs résultats pour ceux-ci;
- protéger l'intérêt du public et assurer les plus hautes normes de conduite professionnelle et de sécurité des patients;
- réglementer les professions de la santé de façon à employer les ressources collectives au mieux, de manière effective et efficace, tout en protégeant l'intérêt du public;
- optimiser les aptitudes et les compétences des divers professionnels de la santé et ainsi améliorer l'accès à des services sûrs et de grande qualité;
- assurer l'accès à des services sûrs et de grande qualité, quelle que soit la profession de la santé responsable de la prestation des soins ou des traitements;
- améliorer les champs d'exercice en vue de veiller à ce que tous les professionnels de la santé réglementés exercent leurs fonctions en utilisant au mieux leur compétence et leur capacité.

QUESTION À DÉBATTRE :

1. Veuillez commenter l'énoncé ci-dessus, dont le CCRPS s'est servi pour cibler cette discussion et les initiatives qui en découleront. Y a-t-il des éléments qui devraient être ajoutés ou supprimés? Dans l'affirmative, lesquels?

Éliminer les obstacles à la collaboration entre les ordres

Contexte : Les personnes qui ont participé aux ateliers du CCRPS ainsi que l'information qui s'est dégagée de la recherche documentaire ont confirmé que les patients et les clients, les soignants, les professionnels de la santé, les fournisseurs de soins de santé, les responsables de la réglementation et les décideurs sont nombreux à vouloir accueillir les soins de santé fondés sur la collaboration interprofessionnelle. L'évolution et la transformation du système de soins de santé exigent que l'on examine les diverses dispositions législatives et réglementaires et les politiques sur lesquelles repose le système afin de veiller à ce qu'elles suivent le rythme auquel évoluent les besoins des personnes touchées.

En réponse à la demande du ministre, le CCRPS souhaite trouver des moyens de permettre aux ordres de collaborer en éliminant les obstacles à la collaboration et en proposant aux ordres de nouvelles façons d'inciter leurs membres respectifs à la collaboration interprofessionnelle en soins de santé à l'échelon clinique. Dans le présent Guide de discussion, le CCRPS a proposé des dispositifs susceptibles de favoriser et d'appuyer l'intensification de la collaboration entre les ordres dans le cadre d'un premier pas vers l'objectif ultime, qui consiste à rehausser la prestation de soins fondés sur la collaboration interprofessionnelle et axés sur les patients.

Dans son rapport au ministre, le CCRPS entend se pencher sur les enjeux légaux, stratégiques et systémiques qui font actuellement obstacle à la collaboration entre les ordres. Dans le document *Nouvelles orientations*, par exemple, le CCRPS a signalé au ministre que le libellé de l'article 36 de la LPSR (appelé « clause sur le secret professionnel ») avait constitué un obstacle au transfert de l'information entre les ordres et en leur sein. Cet obstacle a été écarté dans la *Loi de 2007 sur l'amélioration du système de santé* en habilitant clairement chaque ordre à partager l'information avec un autre aux fins de la LPSR.

QUESTIONS À DÉBATTRE :

2. Y a-t-il, dans la LPSR, dans les autres lois sur les professions de la santé ou dans leurs règlements, des obstacles qui limitent ou empêchent la collaboration entre les ordres? Dans l'affirmative, quels sont-ils? Devraient-ils être supprimés? Le cas échéant, de quelle manière? (Par exemple, est-ce que les champs d'exercice actuels limitent ou empêchent la collaboration parmi les professionnels de la santé?)

3. Y a-t-il, dans d'autres lois ou règlements, des obstacles qui limitent ou empêchent la collaboration entre les ordres? Dans l'affirmative, quels sont-ils? Devraient-ils être supprimés? Le cas échéant, de quelle manière?

4. Y a-t-il d'autres enjeux politiques ou systémiques qui font obstacle à la collaboration entre les ordres? Dans l'affirmative, quels sont-ils? Devraient-ils être supprimés? Le cas échéant, de quelle manière?

5. Y a-t-il des enjeux culturels professionnels qui font obstacle à la collaboration entre les ordres? Quelles mesures faudrait-il prendre pour minimiser ces obstacles? Qui devrait assurer le leadership nécessaire à leur suppression? Dans ce processus, quel rôle jouent les associations de soins de santé, y compris celles dont les membres sont des professionnels réglementés?

* * * *

Contexte : Certains organismes ont indiqué que le fait qu'il n'y ait pas d'exigence législative rendant obligatoire l'assurance-responsabilité professionnelle pour tous les professionnels de la santé réglementés peut être un obstacle significatif à la constitution d'équipes de collaboration. D'autres contestent cette affirmation.

QUESTIONS À DÉBATTRE :

6. Votre expérience vous prouve-t-elle que les questions de responsabilité sont un obstacle à la collaboration interprofessionnelle en soins de santé?

7. Conviendrait-il d'obliger tous les professionnels de la santé réglementés à avoir une assurance-responsabilité professionnelle minimum?

8. Dans l'affirmative, quelles seraient les conditions minimums exigées à l'égard de cette assurance?

* * * *

Élaborer des aides à la collaboration entre les ordres

Contexte : Tel que mentionné au début de la Partie 5, la *Loi de 2007 sur l'amélioration du système de santé* a établi un mandat clair aux termes duquel les ordres doivent resserrer leur collaboration interprofessionnelle. Les questions posées dans cette section examinent quelques approches différentes qui pourraient servir à favoriser ce processus.

La recherche documentaire réalisée par le CCRPS souligne que la législation et les règlements qui régissent les ordres ne devraient pas interdire la collaboration entre les ordres ni rester silencieux sur la question de la collaboration. Au contraire, ils devraient particulièrement encourager, exiger, favoriser et rendre possible la collaboration entre les ordres.

> *Le législateur et les responsables de la réglementation n'ont jamais compté la collaboration en soins de santé parmi leurs principaux objectifs. La législation et la réglementation actuelles n'interdisent pas la pratique axée sur la collaboration, non plus qu'elles ne l'encouragent, ne l'exigent et ne la favorisent ou ne la rendent possible. La législation et les*

règlements devraient être mis à jour et modifiés de manière à appuyer expressément la collaboration. Au Canada, il y a des incohérences et un manque de clarté dans la législation et la réglementation touchant la collaboration. En présence de telles lacunes, les responsables de la réglementation et les professionnels de la santé optent pour la circonspection. Le législateur et les responsables de la réglementation doivent donc souligner clairement et de manière constante l'importance de la collaboration[18].

Il convient d'intégrer dans le cadre législatif des dispositifs à travers lesquels les responsables de la réglementation de diverses professions de la santé pourront ensemble mettre au point des modèles utiles de collaboration interprofessionnelle au sein du continuum de soins et entre ses composantes.

QUESTIONS À DÉBATTRE :

9. Quels changements convient-il d'apporter à la LPSR, aux autres lois sur les professions de la santé ou à leurs règlements pour encourager, exiger, favoriser et rendre possible la collaboration entre les ordres?

10. Quels changements convient-il d'apporter aux autres lois ou règlements pour encourager, exiger, favoriser et rendre possible la collaboration entre les ordres?

11. Quelle politique ou quels programmes de collaboration faut-il prévoir pour assurer un soutien aux nouveaux ordres au moment de leur mise en place?

12. Y a-t-il au sein des ordres des responsabilités administratives qui pourraient être partagées avec les ordres apparentés? Quels obstacles y a-t-il aux services administratifs communs?

* * * *

Contexte : La recherche documentaire réalisée par le CCRPS a dévoilé certaines approches de la réglementation des professions de la santé étayées par des *dispositifs structuraux* qui méritent notre attention. Plusieurs instances territoriales ont établi des cadres communs de plainte, d'enquête ou de discipline pour la totalité ou une partie des professions de la santé.

Selon certains observateurs, « *Encourager les responsables de la réglementation à travailler ensemble dans les domaines de l'assurance de la qualité, des plaintes et de la discipline, c'est faire comprendre aux professionnels de la santé l'importance de la collaboration* »[19]. Un cadre commun pour les questions de ce genre pourrait se prêter à une gestion plus effective et efficace des plaintes qui peuvent être engagées dans un cadre de soins fondés sur la collaboration interprofessionnelle.

Les normes d'exercice sont élaborées par les professions de la santé réglementées à travers les dispositifs prévus dans la loi. Elles visent à guider une profession dans sa

[18] Ibid.
[19] Ibid.

manière de fournir les soins de santé et à assurer en son sein le niveau de qualité approprié. Elles peuvent également promouvoir un apprentissage et une amélioration continus et elles comprennent, par exemple, la tenue de dossiers, la déclaration des maladies et les normes à observer dans l'exercice des fonctions professionnelles[20].

Les lignes directrices relatives aux pratiques professionnelles sont des documents réglementaires qui contiennent des recommandations à l'intention des membres d'une profession sur des questions telles que le code de déontologie, le consentement et la publicité[21].

Plaintes, enquêtes et discipline

Contexte : La ville de Victoria (Australie), la Nouvelle-Zélande, le Danemark, le Nebraska, la Virginie et l'État de Washington ont tous un cadre commun de plainte, d'enquête ou de discipline pour l'ensemble des professions de la santé réglementées.

QUESTIONS À DÉBATTRE :

13. L'Ontario doit-il mettre en place, pour toutes les professions de la santé réglementées, un cadre collectif composé de structures et de processus communs, pour les plaintes, les enquêtes et les questions disciplinaires dans un cadre de soins fondés sur la collaboration interprofessionnelle?

14. Dans l'affirmative, que faut-il inclure et ne pas inclure dans ce cadre collectif?

15. Dans la négative, faut-il néanmoins modifier la LPSR de façon à donner à chaque ordre une plus grande liberté d'utiliser les structures qu'il a déjà en place pour traiter les plaintes, les enquêtes et les questions disciplinaires propres à un cadre de soins fondés sur la collaboration interprofessionnelle?

16. Dans l'affirmative, que faut-il prévoir dans une modification de la loi et que convient-il d'en exclure? Par exemple, la LPSR doit-elle être modifiée de manière à permettre aux ordres d'établir des comités mixtes chargés des plaintes, des enquêtes et des questions disciplinaires propres à un cadre de soins fondés sur la collaboration interprofessionnelle?

17. Au vu des réformes opérées ailleurs, quels seraient les mérites d'un modèle unique de traitement des plaintes en Ontario? Comment convient-il de financer un tel « modèle »?

Contexte : Dans le rapport *Nouvelles orientations* qu'il adressait au ministre en 2006, le CCRPS recommandait ceci : si une plainte ou un rapport concerne un service fourni dans un environnement multidisciplinaire, que les ordres concernés soient expressément autorisés à permettre à leurs enquêteurs de travailler en collaboration avec ceux d'autres ordres et de partager des renseignements avec eux aux fins de l'enquête. Les données relatives à la sécurité des patients révèlent que, très souvent, les

[20] Ibid., p. 14 et 51.
[21] Ibid., p. 14 et 50.

erreurs médicales ne sont pas attribuables à une personne en particulier, mais peuvent être le résultat de plusieurs manquements à l'échelle du système.

QUESTIONS À DÉBATTRE :

18. Le pouvoir de mener des enquêtes conjointes à la suite de plaintes ou de rapports concernant des professionnels qui exercent dans un cadre ou un cabinet multidisciplinaire, assurerait-il des enquêtes plus efficaces en pareils cas?

19. Les ordres sont-ils également autorisés à participer aux décisions relatives aux plaintes et aux rapports concernant des professionnels qui exercent dans un cadre ou un cabinet multidisciplinaire?

20. Un tel pouvoir contribue-t-il à la sécurité des patients bénéficiant de soins fondés sur la collaboration interprofessionnelle?

21. Ces démarches exigent-elles des changements législatifs?

* * * *

Assurance de la qualité

Contexte : Certains ordres ontariens ont élaboré de manière informelle des programmes conjoints d'assurance de la qualité qui font intervenir plus d'une profession.

QUESTIONS À DÉBATTRE :

22. Dans la mesure où les actes autorisés sont identiques ou similaires, est-ce qu'un programme conjoint d'assurance de la qualité au sein des ordres visés permettrait à ceux-ci d'élaborer un ensemble commun de normes d'exercice ou de lignes directrices relatives aux pratiques professionnelles?

23. Dans la mesure où les ordres regroupent des membres qui partagent le même champ d'exercice et qui accomplissent des actes autorisés identiques ou similaires ou dispensent des services étroitement apparentés et concernant souvent les mêmes parties de l'anatomie, est-ce qu'un programme conjoint d'assurance de la qualité permettrait de rehausser le maintien de la compétence et l'expérience des pratiques exemplaires? Dans l'affirmative, comment faudrait-il procéder pour établir et mesurer conjointement les normes du programme?

24. Ces démarches exigent-elles des changements législatifs?

* * * *

Normes d'exercice et lignes directrices relatives aux pratiques professionnelles

Contexte : Certaines instances territoriales ont mis en place un nouvel organisme (indépendant du gouvernement et des organismes de réglementation) pour aider la

collaboration interprofessionnelle et, dans certains cas, l'élaboration de normes d'exercice et de lignes directrices relatives aux pratiques professionnelles. En voici des exemples :

- Le Québec a établi un Conseil interprofessionnel qui fait office d'organisme consultatif auprès du gouvernement et d'organisme de coordination auprès des ordres de réglementation. Le Conseil interprofessionnel du Québec procure des occasions d'échange aux ordres professionnels, intervient comme lieu de mobilisation et voix collective des ordres professionnels sur des dossiers d'intérêt commun et fournit de l'information au public.

- La Virginie a établi un conseil des professions de la santé (Board of Health Professions). Celui-ci :
  - évalue le besoin de coordination parmi les conseils de réglementation de la santé et leur personnel et communique ses conclusions et ses recommandations à la direction et aux conseils;
  - surveille les politiques et les activités du service, sert de forum pour la résolution des conflits entre conseils de réglementation de la santé ou pour le règlement des différends opposant le service à des conseils de réglementation de la santé, et détient l'accès aux renseignements du service;
  - encourage l'élaboration de normes pour l'évaluation de la compétence au sein des professions représentées aux conseils;
  - examine les conflits de champ d'exercice impliquant des professions réglementées et non réglementées et informe les conseils de réglementation de la santé ainsi que l'Assemblée générale de la nature et de l'importance de ces conflits.

- Le Royaume-Uni a mis en place le Council for Healthcare Regulatory Excellence (CHRE), une agence sans lien de dépendance mais qui relève du Parlement et qui est chargée de superviser les organismes de réglementation de la santé. Son mandat englobe la promotion des pratiques exemplaires, de la coopération et de l'uniformité dans la réglementation des professions de la santé, ceci afin de protéger l'intérêt des patients. Le Council a également le pouvoir d'ordonner aux responsables de la réglementation de prendre ou de modifier ses règlements s'il juge qu'un tel changement est nécessaire pour protéger le public (sous réserve de l'approbation des deux chambres du Parlement).

- Le Danemark a créé un secrétariat pour les directives cliniques qui relève du conseil national de santé. Il appuie les associations médicales et autres professionnels de la santé dans l'élaboration de directives cliniques, lesquelles sont fondées sur des données découlant de travaux interdisciplinaires. Ceci englobe les spécialistes médicaux compétents ainsi que d'autres professionnels de la santé et fait intervenir l'aspect organisationnel, l'économie de la santé, de même que l'opinion des patients.

QUESTIONS À DÉBATTRE :

25. Faut-il qu'un organisme indépendant et sans lien de dépendance favorise et appuie la collaboration parmi les ordres, particulièrement en vue de l'élaboration d'un ensemble commun de normes d'exercice et de lignes directrices relatives aux pratiques professionnelles?

26. Dans l'affirmative, quels éléments son mandat spécifique doit-il inclure ou exclure? Par exemple :

- renseigner les ordres, les professions et le public sur le modèle de réglementation, les professions de la santé et le rôle de chacun au sein du système de réglementation;
- créer des banques de ressources communes (p. ex., un entrepôt de données pour suivre les indicateurs réglementaires, tels l'importance et la nature des activités d'assurance de la qualité, des plaintes et des actions disciplinaires et le coût de la réglementation);
- documenter et élaborer des normes d'exercice et des lignes directrices relatives aux pratiques professionnelles, et faire connaître les pratiques exemplaires;
- résoudre les désaccords entre les professions dont les champs d'exercice se chevauchent et qui accomplissent des actes autorisés identiques ou similaires;
- résoudre les problèmes découlant de l'incompatibilité de certaines dispositions législatives;
- pouvoir superviser les organismes de réglementation, comme au Royaume-Uni.

27. Existe-t-il actuellement des organismes qui pourraient assumer des responsabilités dans ce domaine? Dans l'affirmative, quels sont-ils?

28. Dans la négative, faut-il former un nouvel organisme de supervision indépendant? Le cas échéant, comment devrait-il être financé?

* * * *

Contexte : Dans sa demande, le ministre précise que les responsables de la réglementation devraient assurer *« l'élaboration de normes d'exercice et de lignes directrices relatives aux pratiques professionnelles en vertu desquelles les professions de la santé réglementées accomplissent des actes autorisés identiques ou similaires ».*

Cependant, sans mandat législatif clair pour y parvenir, il peut être difficile aux ordres de justifier qu'ils consacrent leur temps limité et leurs minces ressources à des initiatives auxquelles ils ne sont pas tenus par la loi.

QUESTIONS À DÉBATTRE :

29. Le ministre doit-il exiger des ordres, en vertu des pouvoirs que lui confère actuellement la LPSR, qu'ils entreprennent des projets de collaboration spécifiques (p. ex., qu'ils élaborent des dispositifs permettant d'appuyer les soins fondés sur la collaboration interprofessionnelle)? Pourquoi?

30. Dans l'affirmative, le ministre devrait-il fournir aux ordres des incitatifs financiers ou autres pour entreprendre ces activités?

31. Les ordres doivent-ils être tenus de faire régulièrement état de leurs activités de collaboration au ministre et au public? Pourquoi?

32. Faut-il veiller à ce que tous les ordres aient en place les mêmes minimums en fait de lignes directrices, de normes et de politiques régissant les questions telles que les conflits d'intérêt, la tenue de dossiers et le processus de consentement? Dans l'affirmative, quelles sont celles qui pourraient effectivement être appliquées à toutes les professions de la santé réglementées? Dans la négative, pourquoi?

* * * *

Contexte : Lorsque des professions étroitement liées sont réglementées par le même ordre, un ensemble unique de normes d'exercice et de lignes directrices relatives aux pratiques professionnelles peut gouverner ces professions.

En Ontario, l'audiologie et l'orthophonie sont considérées comme deux professions distinctes aux fins de la réglementation et elles sont réglementées en tant que telles au sein d'un seul et même ordre. Dans le cadre de son processus de réforme en matière de réglementation, la Colombie-Britannique considérera les professions d'audiologiste, d'orthophoniste et d'audioprothésiste comme trois professions distinctes relevant d'un ordre « fourre-tout ». Le Royaume-Uni réglemente les dentistes, les hygiénistes dentaires et les thérapeutes dentaires par l'entremise d'un seul et même organisme de réglementation, et les opticiens d'ordonnances et les optométristes par l'entremise d'un autre. Le Nebraska a affirmé que les professions étroitement liées devaient être réglementées par le même organisme dans la mesure du possible.

Certains observateurs ont suggéré que des structures mixtes pourraient être envisageables pour favoriser la collaboration interprofessionnelle.

QUESTION À DÉBATTRE :

33. Quels types de structures et de processus pourraient favoriser la collaboration entre les ordres pour les questions liées aux normes d'exercice et aux lignes directrices relatives aux pratiques professionnelles des professions dont les activités sont étroitement liées (ex. : l'hygiène dentaire, la technologie dentaire, la médecine dentaire et la denturologie; ou la profession d'opticien d'ordonnances, l'optométrie et l'ophtalmologie)? (Par exemple, des ordres mixtes, des conseils de collaboration ou des organismes indépendants tels que le Council for Healthcare Regulatory Excellence au Royaume-Uni.)

* * * *

Contexte : Certaines personnes ayant participé aux ateliers d'octobre 2007 ont suggéré l'élaboration de modèles ou d'outils que les responsables de la réglementation pourraient utiliser pour favoriser la collaboration entre les ordres, notamment :

- un mandat pour les comités d'ordres mixtes établis pour traiter les questions liées aux ensembles communs de normes d'exercice ou de lignes directrices

relatives aux pratiques professionnelles (ex. : composition, objectifs, rôles et responsabilités, mécanismes d'échange de l'information, coordination des activités, dotation en personnel, règles de base);
- le libellé d'un protocole d'entente modèle sur les initiatives de collaboration des ordres (ex. : principes, objectifs généraux et particuliers, cibles, mesures et cadre d'évaluation);
- modèles de documents réglementaires et non réglementaires qui pourraient être adoptés ou adaptés par les ordres;
- méthodes de planification stratégique commune, supervision, engagement du public et des membres à l'égard de certaines initiatives de collaboration;
- outils permettant d'évaluer les initiatives de collaboration et de définir les principaux facteurs de réussite.

QUESTIONS À DÉBATTRE :

34. L'élaboration d'une *Trousse de collaboration*, contenant une partie ou l'ensemble des éléments suggérés précédemment, permettrait-elle de favoriser et d'appuyer la collaboration entre les ordres?

35. Dans l'affirmative, que devrait contenir cette *Trousse de collaboration* et qui devrait être chargé de son élaboration?

* * * *

Autonomie, pouvoirs et responsabilités des ordres

Contexte : Certaines personnes ayant participé aux ateliers ont décrit leurs préoccupations concernant leur capacité à gouverner leurs membres, pour les raisons suivantes :

- les normes d'exercice et les lignes directrices relatives aux pratiques professionnelles adoptées par les ordres ne sont pas exécutoires devant la loi;
- les ordres ne disposent pas d'un pouvoir indépendant d'établir des règles;
- l'examen et l'approbation, par le gouvernement, des règlements concernant ces questions sont un processus parfois très lent.

Certaines instances territoriales accordent une plus grande autonomie aux autorités qui réglementent les professions de la santé, ce qui leur permet d'élaborer des règles exécutoires devant la loi sans l'approbation du gouvernement ou du ministre. Par exemple, le Nouveau-Brunswick prévoit l'autoréglementation autonome de la médecine, de la profession d'infirmière et de la médecine dentaire. Autrement dit, nul est besoin pour les organismes de réglementation du Nouveau-Brunswick de demander une mesure législative (c.-à-d. l'adoption d'un règlement) pour exécuter leur mandat en matière de réglementation.

La collaboration entre les ordres (particulièrement en ce qui a trait à l'élaboration de normes d'exercice ou de lignes directrices relatives aux pratiques professionnelles pour les actes autorisés communs ou similaires) pourrait permettre aux soins fondés sur la collaboration interprofessionnelle et axés sur le patient de poursuivre leur évolution en

Ontario; cependant, si les ordres veulent collaborer avec succès à l'élaboration de telles normes ou lignes directrices, ils pourraient accepter les enjeux liés à leur exécution.

QUESTIONS À DÉBATTRE :

36. Les normes d'exercice et les lignes directrices relatives aux pratiques professionnelles adoptées par les ordres sont-elles exécutoires devant la loi? Pourquoi?

37. Dans l'affirmative, les ordres devraient-ils être investis du pouvoir légal d'établir des règles (comme au Nouveau-Brunswick) et donc de faire exécuter les normes et les lignes directrices qu'ils adoptent? Pourquoi?

38. Quels types de règles exécutoires les ordres devraient-ils pouvoir établir sans avoir besoin d'une approbation ministérielle ou législative?

39. Quelle responsabilité doit accompagner tout pouvoir d'établir des règles?

* * * *

Collaboration interprofessionnelle à l'échelon clinique

Le rôle des ordres dans la promotion de la collaboration interprofessionnelle à l'échelon clinique

Contexte : Dans son rapport intitulé *Nouvelles orientations*, le CCRPS a reconnu l'importance de la collaboration entre les ordres et recommandé que le milieu de la réglementation des professions de la santé en Ontario soit structuré de façon à permettre la mise au point de moyens novateurs pour la prestation des soins de santé aux patients – y compris une plus grande concentration sur les soins fondés sur la collaboration interprofessionnelle. La *Loi de 2007 sur l'amélioration du système de santé* modifiait la LPSR de manière à y enchâsser, à l'intention des ordres (dans le cadre de leurs nouveaux objectifs), une directive de collaboration interprofessionnelle à l'exemple de celle recommandée par le CCRPS dans son rapport *Nouvelles orientations*.

QUESTION À DÉBATTRE :

40. Comment une collaboration plus intense entre les ordres permet-elle d'améliorer les soins fondés sur la collaboration interprofessionnelle à l'échelon clinique?

* * * *

Élaborer des aides à la réglementation pour les soins fondés sur la collaboration interprofessionnelle à l'échelon clinique

Contexte : La documentation confirme que la loi doit faire davantage que de « ne pas interdire » la collaboration interprofessionnelle à l'échelon clinique; elle doit l'encourager, l'exiger et la favoriser ou la rendre possible.

La Nouvelle-Zélande, par exemple, a mis en œuvre une exigence législative positive qui oblige tous les fournisseurs de soins de santé à bien travailler et communiquer en équipes afin d'assurer la qualité et la continuité des services.

QUESTIONS À DÉBATTRE :

41. Faut-il apporter des changements à la LPSR, aux autres lois sur les professions de la santé ou à leurs règlements pour encourager, exiger, favoriser et rendre possible la collaboration interprofessionnelle à l'échelon clinique? Dans l'affirmative, lesquels?

42. La loi ontarienne devrait-elle prévoir une exigence semblable à celle mise en place en Nouvelle-Zélande?

43. Dans l'affirmative, à quoi cette exigence devrait-elle ressembler. D'autre part, faut-il prévoir des conséquences en cas de manquement à cette exigence?

Merci d'avoir bien voulu répondre à ces questions.

PARTIE 6 : Prochaines étapes

Lorsqu'il préparera l'avis demandé et son rapport final au ministre, le CCRPS prendra en considération les réponses recueillies grâce à ce Guide de discussion, ainsi que les observations qui suivront les consultations prévues pour le printemps et l'été 2008.

Le CCRPS accueillera avec plaisir toutes les réponses à ce document. **Les observations doivent être présentées par écrit d'ici le 15 avril 2008.** Le CCRPS espère cependant recevoir vos observations avant cette date.

Veuillez adresser vos réponses à :

Annie Schiefer, directrice de projet
Conseil consultatif de réglementation des professions de la santé
55, avenue St. Clair Ouest
Bureau 806, C.P. 18
Toronto (Ontario), Canada M4V 2Y7

Nous préférons recevoir les observations sous format Microsoft Word, sur disquette (par courrier postal) ou par courriel si possible. Les observations présentées par voie électronique peuvent être adressées à : HPRACSubmissions@ontario.ca. Si la transmission par télécopieur est plus commode pour vous, veuillez adresser vos observations au CCRPS, PROJET DE COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE, 416 326-1549. Les copies papier devraient être envoyées à l'adresse ci-dessus.

Visitez régulièrement le site Web du CCRPS, à l'adresse http://www.hprac.org, pour avoir des renseignements sur les consultations et des mises à jour régulières.

Annexe A : Glossaire

Le Glossaire a été élaboré pour les besoins du Guide de discussion.

Collaboration entre les ordres professionnels de la santé
Le CCRPS a représenté dans l'énoncé suivant son interprétation de la question du ministre et de sa portée. À notre avis, toute initiative devrait viser à trouver des moyens d'accomplir la tâche suivante :

> Aider les ordres réglementant les professions de la santé, et leurs membres, à travailler dans un esprit de collaboration et non de concurrence, ainsi qu'à se connaître et à s'éclairer mutuellement dans le cadre d'un processus fondé sur le respect et le partage des connaissances, ceci afin de pouvoir :
>
> - améliorer les soins aux patients et favoriser l'obtention de meilleurs résultats pour ceux-ci;
> - protéger l'intérêt du public et assurer les plus hautes normes de conduite professionnelle et de sécurité des patients;
> - réglementer les professions de la santé de façon à employer les ressources collectives au mieux, de manière effective et efficace, tout en protégeant l'intérêt du public;
> - optimiser les aptitudes et les compétences des divers professionnels de la santé et ainsi améliorer l'accès à des services sûrs et de grande qualité;
> - assurer l'accès à des services sûrs et de grande qualité, quelle que soit la profession de la santé responsable de la prestation des soins ou des traitements;
> - améliorer les champs d'exercice en vue de veiller à ce que tous les professionnels de la santé réglementés exercent leurs fonctions en utilisant au mieux leur compétence et leur capacité.

Ordres professionnels
Les ordres ne sont pas des établissements d'enseignement mais des organismes de réglementation qui ont pour principale tâche de servir et de protéger l'intérêt du public. Comme de nombreux organismes de réglementation, les ordres doivent : élaborer, établir et maintenir les exigences à remplir pour pouvoir en être membre; approuver les programmes de formation professionnelle et continue; établir les normes professionnelles et déontologiques et en assurer l'exécution; recevoir les plaintes déposées contre leurs membres et mener les enquêtes appropriées; s'occuper des questions de discipline, de faute professionnelle, d'incompétence et d'incapacité.

Conseil consultatif de réglementation des professions de la santé (CCRPS)
Le Conseil consultatif de réglementation des professions de la santé est un organisme indépendant qui conseille le ministre sur les questions liées à la réglementation des professions de la santé en Ontario.

Collaboration interprofessionnelle en soins de santé
Prestation de services de santé globaux donnés aux patients par plusieurs professionnels de la santé travaillant en collaboration dans le but de fournir des soins de grande qualité, et ce, dans chaque secteur de la santé[22].

Lignes directrices relatives aux pratiques professionnelles
Documents réglementaires contenant des recommandations à l'intention des membres d'une profession. Les lignes directrices doivent être approuvées par l'organisme de réglementation (ordre) concerné. À titre d'exemples, citons le code déontologique, le consentement et la publicité[23].

***Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées* (la LPSR)**
La *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées* propose un cadre global pour la réglementation des professions de la santé en Ontario. Elle réglemente les professionnels de la santé et les pratiques professionnelles. Elle comprend des éléments comme le champ d'exercice, les actes autorisés et la clause relative au risque de préjudice, et elle touche les praticiens non réglementés qui dispensent des services de santé en restreignant les actes et les interventions qu'ils peuvent pratiquer.

Champ d'exercice
Conformément à la LPSR, chaque loi professionnelle contient un énoncé du champ d'exercice qui décrit l'éventail général d'activités qu'un membre compétent de cette profession est autorisé à accomplir. Les champs d'exercice ne garantissent pas l'exclusivité. En mai 2007, le CCRPS a publié un document intitulé *Review of a Professional Scope of Practice under the Regulated Health Professions Act.* Ce document contient une définition plus vaste du terme « champ d'exercice » et cite bon nombre des principaux éléments qu'il comporte. Ce rapport est affiché (en anglais seulement) dans le site Web du CCRPS, à http://www.hprac.org.

Normes d'exercice
Les normes d'exercice sont élaborées par les professions de la santé réglementées à travers les dispositifs prévus dans la loi. Elles visent à guider une profession dans sa manière de fournir les soins de santé et à assurer en son sein le niveau de qualité approprié. Elles peuvent également promouvoir un apprentissage et une amélioration continus et elles comprennent, par exemple, la tenue de dossiers, la déclaration des maladies et les normes à observer dans l'exercice des fonctions professionnelles[24].

Titre réservé
Le titre réservé permet de limiter le groupe de personnes autorisées à utiliser un titre ou une désignation. Dans notre province, par exemple, le titre de « travailleur social » est protégé et réservé aux personnes inscrites auprès de l'Ordre des travailleurs sociaux et des techniciens en travail social de l'Ontario en vertu de la *Loi de 1998 sur le travail social et les techniques de travail social.* Nul autre ne peut se dire travailleur social ou se faire passer pour tel.

---

[22] ProfessionsSantéOntario. Op. cit.
[23] Conference Board du Canada. Op. cit., p.14 et 50.
[24] Conference Board du Canada. Op. cit., p.14 et 51.

Annexe B : Liste intégrale des actes autorisés

Les actes autorisés, décrits dans la LPSR, sont les interventions qui comportent un élément de risque important si elles ne sont pas pratiquées correctement et par une personne compétente.

1. La communication à un particulier, ou à son représentant, d'un diagnostic attribuant ses symptômes à tels maladies ou troubles, lorsque les circonstances laissent raisonnablement prévoir que le particulier ou son représentant s'appuiera sur ce diagnostic.

2. La pratique d'interventions sur le tissu situé sous le derme, sous la surface des muqueuses, à la surface de la cornée ou des dents, ou au-delà, y compris le détartrage des dents.

3. La manipulation des articulations de la colonne vertébrale au-delà de l'arc de mouvement physiologique habituel d'un particulier au moyen d'impulsions rapides de faible amplitude.

4. L'immobilisation plâtrée des fractures ou des luxations articulaires, ou leur consolidation ou réduction.

5. L'administration de substances par voie d'injection ou d'inhalation.

6. L'introduction d'un instrument, d'une main ou d'un doigt :
   a) au-delà du conduit auditif externe,
   b) au-delà du point de rétrécissement normal des fosses nasales,
   c) au-delà du larynx,
   d) au-delà du méat urinaire,
   e) au-delà des grandes lèvres,
   f) au-delà de la marge de l'anus,
   g) dans une ouverture artificielle dans le corps.

7. L'application des formes d'énergie prescrites par les règlements pris en application de la LPSR ou le fait d'en ordonner l'application.

8. La prescription, la délivrance, la vente ou la composition de médicaments au sens de la définition qu'en donne la *Loi sur la réglementation des médicaments et des pharmacies*, ou la surveillance de la section d'une pharmacie où sont conservés ces médicaments.

9. La prescription ou la délivrance d'appareils de correction visuelle pour les malvoyants, de verres de contact ou de lunettes, autres que de simples lentilles grossissantes, dans le cas de troubles visuels ou oculaires.

10. La prescription d'appareils de correction auditive aux personnes malentendantes.

11. L'appareillage ou la délivrance de prothèses dentaires, d'appareils d'orthodontie ou de périodontie, ou de dispositifs qui se portent dans la bouche en vue de prévenir tout fonctionnement anormal de la denture.

12. La direction du travail des parturientes ou la pratique d'accouchements.

13. L'administration de tests de provocation d'allergie d'un type particulier selon lesquels un résultat positif constitue une réaction allergique significative (LPSR, article 27).

Un nouvel acte autorisé, enchâssé dans la *Loi de 2007 sur l'amélioration du système de santé,* sera promulgué à une date ultérieure. En voici le libellé :

14. Traiter, au moyen d'une technique de psychothérapie appliquée dans le cadre d'une relation thérapeutique, un désordre grave dont souffre un particulier sur les plans de la pensée, de la cognition, de l'humeur, de la régulation affective, de la perception ou de la mémoire et qui est susceptible de porter gravement atteinte à son jugement, à son intuition, à son comportement, à sa capacité de communiquer ou à son fonctionnement social.

Annexe C : Liste des ordres réglementant des professions de la santé en Ontario

1. Ordre des audiologistes et des orthophonistes de l'Ontario
2. Ordre des podologues de l'Ontario
3. Ordre des chiropraticiens de l'Ontario
4. Ordre des hygiénistes dentaires de l'Ontario
5. Ordre des technologues dentaires de l'Ontario
6. Ordre des denturologistes de l'Ontario
7. Ordre des diététistes de l'Ontario
8. Ordre des massothérapeutes de l'Ontario
9. Ordre des technologistes de laboratoire médical de l'Ontario
10. Ordre des technologues en radiation médicale de l'Ontario
11. Ordre des sages-femmes de l'Ontario
12. Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario
13. Ordre des ergothérapeutes de l'Ontario
14. Ordre des opticiens de l'Ontario
15. Ordre des optométristes de l'Ontario
16. Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario
17. Ordre des physiothérapeutes de l'Ontario
18. Ordre des psychologues de l'Ontario
19. Ordre des thérapeutes respiratoires de l'Ontario
20. Conseil de l'Ordre des pharmaciens de l'Ontario
21. Conseil de l'Ordre royal des chirurgiens dentistes de l'Ontario

Le gouvernement s'attache actuellement à l'établissement d'ordres qui réglementeront la médecine traditionnelle chinoise, l'homéopathie, la kinésiologie et la psychothérapie.

Avant l'adoption de la *Loi de 2007 sur les naturopathes*, les naturopathes de l'Ontario étaient réglementés aux termes de la *Loi sur les praticiens ne prescrivant pas de médicaments*. L'adoption de la *Loi de 2007 sur les naturopathes* permet désormais aux naturopathes d'être réglementés aux termes de la LPSR.

Annexe D : Liste intégrale des questions formulées dans le Guide de discussion

Définir la collaboration interprofessionnelle

Le CCRPS a représenté dans l'énoncé suivant son interprétation de la question du ministre et de sa portée. À notre avis, toute initiative devrait viser à trouver des moyens d'accomplir la tâche suivante :

> Aider les ordres réglementant les professions de la santé, et leurs membres, à travailler dans un esprit de collaboration et non de concurrence, ainsi qu'à se connaître et à s'éclairer mutuellement dans le cadre d'un processus fondé sur le respect et le partage des connaissances, ceci afin de pouvoir :
>
> - améliorer les soins aux patients et favoriser l'obtention de meilleurs résultats pour ceux-ci;
> - protéger l'intérêt du public et assurer les plus hautes normes de conduite professionnelle et de sécurité des patients;
> - réglementer les professions de la santé de façon à employer les ressources collectives au mieux, de manière effective et efficace, tout en protégeant l'intérêt du public;
> - optimiser les aptitudes et les compétences des divers professionnels de la santé et ainsi améliorer l'accès à des services sûrs et de grande qualité;
> - assurer l'accès à des services sûrs et de grande qualité, quelle que soit la profession de la santé responsable de la prestation des soins ou des traitements;
> - améliorer les champs d'exercice en vue de veiller à ce que tous les professionnels de la santé réglementés exercent leurs fonctions en utilisant au mieux leur compétence et leur capacité.

1. Veuillez commenter l'énoncé ci-dessus, dont le CCRPS s'est servi pour cibler cette discussion et les initiatives qui en découleront. Y a-t-il des éléments qui devraient être ajoutés ou supprimés? Dans l'affirmative, lesquels?

Éliminer les obstacles à la collaboration entre les ordres

2. Y a-t-il, dans la LPSR, dans les autres lois sur les professions de la santé ou dans leurs règlements, des obstacles qui limitent ou empêchent la collaboration entre les ordres? Dans l'affirmative, quels sont-ils? Devraient-ils être supprimés? Le cas échéant, de quelle manière? (Par exemple, est-ce que les champs d'exercice actuels limitent ou empêchent la collaboration parmi les professionnels de la santé?)

3. Y a-t-il, dans d'autres lois ou règlements, des obstacles qui limitent ou empêchent la collaboration entre les ordres? Dans l'affirmative, quels sont-ils? Devraient-ils être supprimés? Le cas échéant, de quelle manière?

4. Y a-t-il d'autres enjeux politiques ou systémiques qui font obstacle à la collaboration entre les ordres? Dans l'affirmative, quels sont-ils? Devraient-ils être supprimés? Le cas échéant, de quelle manière?

5. Y a-t-il des enjeux culturels professionnels qui font obstacle à la collaboration entre les ordres? Quelles mesures faudrait-il prendre pour minimiser ces obstacles? Qui devrait assurer le leadership nécessaire à leur suppression?
Dans ce processus, quel rôle jouent les associations de soins de santé, y compris celles dont les membres sont des professionnels réglementés?

6. Votre expérience vous prouve-t-elle que les questions de responsabilité sont un obstacle à la collaboration interprofessionnelle en soins de santé?

7. Conviendrait-il d'obliger tous les professionnels de la santé réglementés à avoir une assurance-responsabilité professionnelle minimum?

8. Dans l'affirmative, quelles seraient les conditions minimums exigées à l'égard de cette assurance?

Élaborer des aides à la collaboration entre les ordres

9. Quels changements convient-il d'apporter à la LPSR, aux autres lois sur les professions de la santé ou à leurs règlements pour encourager, exiger, favoriser et rendre possible la collaboration entre les ordres?

10. Quels changements convient-il d'apporter aux autres lois ou règlements pour encourager, exiger, favoriser et rendre possible la collaboration entre les ordres?

11. Quelle politique ou quels programmes de collaboration faut-il prévoir pour assurer un soutien aux nouveaux ordres au moment de leur mise en place?

12. Y a-t-il au sein des ordres des responsabilités administratives qui pourraient être partagées avec les ordres apparentés? Quels obstacles y a-t-il aux services administratifs communs?

13. L'Ontario doit-il mettre en place, pour toutes les professions de la santé réglementées, un cadre collectif composé de structures et de processus communs, pour les plaintes, les enquêtes et les questions disciplinaires dans un cadre de soins fondés sur la collaboration interprofessionnelle?

14. Dans l'affirmative, que faut-il inclure et ne pas inclure dans ce cadre collectif?

15. Dans la négative, faut-il néanmoins modifier la LPSR de façon à donner à chaque ordre une plus grande liberté d'utiliser les structures qu'il a déjà en place pour traiter les plaintes, les enquêtes et les questions disciplinaires propres à un cadre de soins fondés sur la collaboration interprofessionnelle?

16. Dans l'affirmative, que faut-il prévoir dans une modification de la loi et que convient-il d'en exclure? Par exemple, la LPSR doit-elle être modifiée de manière à permettre aux ordres d'établir des comités mixtes chargés des plaintes, des enquêtes et des questions disciplinaires propres à un cadre de soins fondés sur la collaboration interprofessionnelle?

17. Au vu des réformes opérées ailleurs, quels seraient les mérites d'un modèle unique de traitement des plaintes en Ontario? Comment convient-il de financer un tel « modèle »?

18. Le pouvoir de mener des enquêtes conjointes à la suite de plaintes ou de rapports concernant des professionnels qui exercent dans un cadre ou un cabinet multidisciplinaire, assurerait-il des enquêtes plus efficaces en pareils cas?

19. Les ordres sont-ils également autorisés à participer aux décisions relatives aux plaintes et aux rapports concernant des professionnels qui exercent dans un cadre ou un cabinet multidisciplinaire?

20. Un tel pouvoir contribue-t-il à la sécurité des patients bénéficiant de soins fondés sur la collaboration interprofessionnelle?

21. Ces démarches exigent-elles des changements législatifs?

22. Dans la mesure où les actes autorisés sont identiques ou similaires, est-ce qu'un programme conjoint d'assurance de la qualité au sein des ordres visés permettrait à ceux-ci d'élaborer un ensemble commun de normes d'exercice ou de lignes directrices relatives aux pratiques professionnelles?

23. ans la mesure où les ordres regroupent des membres qui partagent le même champ d'exercice et qui accomplissent des actes autorisés identiques ou similaires ou dispensent des services étroitement apparentés et concernant souvent les mêmes parties de l'anatomie, est-ce qu'un programme conjoint d'assurance de la qualité permettrait de rehausser le maintien de la compétence et l'expérience des pratiques exemplaires? Dans l'affirmative, comment faudrait-il procéder pour établir et mesurer conjointement les normes du programme?

24. Ces démarches exigent-elles des changements législatifs?

25. Faut-il qu'un organisme indépendant et sans lien de dépendance favorise et appuie la collaboration parmi les ordres, particulièrement en vue de l'élaboration d'un ensemble commun de normes d'exercice et de lignes directrices relatives aux pratiques professionnelles?

26. Dans l'affirmative, quels éléments son mandat spécifique doit-il inclure ou exclure? Par exemple:

- renseigner les ordres, les professions et le public sur le modèle de réglementation, les professions de la santé et le rôle de chacun au sein du système de réglementation;
- créer des banques de ressources communes (p. ex., un entrepôt de données pour suivre les indicateurs réglementaires, telles l'importance et la nature des activités d'assurance de la qualité, des plaintes et des actions disciplinaires et le coût de la réglementation);
- documenter et élaborer des normes d'exercice et des lignes directrices relatives aux pratiques professionnelles, et faire connaître les pratiques exemplaires;
- résoudre les désaccords entre les professions dont les champs d'exercice se chevauchent et qui accomplissent des actes autorisés identiques ou similaires;
- résoudre les problèmes découlant de l'incompatibilité de certaines dispositions législatives;
- pouvoir superviser les organismes de réglementation, comme au Royaume-Uni.

27. Existe-t-il actuellement des organismes qui pourraient assumer des responsabilités dans ce domaine? Dans l'affirmative, quels sont-ils?

28. Dans la négative, faut-il former un nouvel organisme de supervision indépendant? Le cas échéant, comment devrait-il être financé?

29. Le ministre doit-il exiger des ordres, en vertu des pouvoirs que lui confère actuellement la LPSR, qu'ils entreprennent des projets de collaboration spécifiques (p. ex., qu'ils élaborent des dispositifs permettant d'appuyer les soins fondés sur la collaboration interprofessionnelle)? Pourquoi?

30. Dans l'affirmative, le ministre devrait-il fournir aux ordres des incitatifs financiers ou autres pour entreprendre ces activités?

31. Les ordres doivent-ils être tenus de faire régulièrement état de leurs activités de collaboration au ministre et au public? Pourquoi?

32. Faut-il veiller à ce que tous les ordres aient en place les mêmes minimums en fait de lignes directrices, de normes et de politiques régissant les questions telles que les conflits d'intérêt, la tenue de dossiers et le processus de consentement? Dans l'affirmative, quelles sont celles qui pourraient effectivement être appliquées à toutes les professions de la santé réglementées? Dans la négative, pourquoi?

33. Quels types de structures et de processus pourraient favoriser la collaboration entre les ordres pour les questions liées aux normes d'exercice et aux lignes directrices relatives aux pratiques professionnelles des professions dont les activités sont étroitement liées (ex. : l'hygiène dentaire, la technologie dentaire, la médecine dentaire et la denturologie; ou la profession d'opticien d'ordonnances, l'optométrie et l'ophtalmologie)? (Par exemple, des ordres mixtes, des conseils de collaboration ou des organismes indépendants tels que le Council for Healthcare Regulatory Excellence au Royaume-Uni.)

34. L'élaboration d'une *Trousse de collaboration*, contenant une partie ou l'ensemble des éléments suggérés précédemment, permettrait-elle de favoriser et d'appuyer la collaboration entre les ordres?

35. Dans l'affirmative, que devrait contenir cette *Trousse de collaboration* et qui devrait être chargé de son élaboration?

36. Les normes d'exercice et les lignes directrices relatives aux pratiques professionnelles adoptées par les ordres sont-elles exécutoires devant la loi? Pourquoi?

37. Dans l'affirmative, les ordres devraient-ils être investis du pouvoir légal d'établir des règles (comme au Nouveau-Brunswick) et donc de faire exécuter les normes et les lignes directrices qu'ils adoptent? Pourquoi?

38. Quels types de règles exécutoires les ordres devraient-ils pouvoir établir sans avoir besoin d'une approbation ministérielle ou législative?

39. Quelle responsabilité doit accompagner tout pouvoir d'établir des règles?

Collaboration interprofessionnelle à l'échelon clinique

40. Comment une collaboration plus intense entre les ordres permet-elle d'améliorer les soins fondés sur la collaboration interprofessionnelle à l'échelon clinique?

41. Faut-il apporter des changements à la LPSR, aux autres lois sur les professions de la santé ou à leurs règlements pour encourager, exiger, favoriser et rendre possible la collaboration interprofessionnelle à l'échelon clinique? Dans l'affirmative, lesquels?

42. La loi ontarienne devrait-elle prévoir une exigence semblable à celle mise en place en Nouvelle-Zélande?

43. Dans l'affirmative, à quoi cette exigence devrait-elle ressembler. D'autre part, faut-il prévoir des conséquences en cas de manquement à cette exigence?

Annexe E : Lettre du ministre de la Santé et des Soins de longue durée (28 juin 2007)

Ministry of **Health** and Long-Term Care

Office of the Minister
10th Floor, Hepburn Block
80 Grosvenor Street
Toronto ON M7A 2C4
Tel 416-327-4300
Fax 416-326-1571
www.health.gov.on.ca

Ministère de la Santé et des Soins de longue durée

Bureau du ministre
10e étage, édifice Hepburn
80, rue Grosvenor
Toronto ON M7A 2C4
Tél. 416 327-4300
Télec. 416 326-1571
www.health.gov.on.ca

Ontario

Le 28 juin 2007

Madame Barbara Sullivan
Présidente
Conseil consultatif de réglementation
des professions de la santé
55, avenue St. Clair Ouest, 8e étage
Toronto (Ontario) M4V 2Y7

Madame,

J'aimerais profiter de cette occasion pour vous adresser une fois de plus mes remerciements, à vous et aux membres du Conseil consultatif de réglementation des professions de la santé (CCRPS), pour le nombre considérable d'heures que vous avez consacrées et les nombreux efforts que vous avez déployés pour nous prodiguer vos conseils sur les nombreuses questions complexes soulevées dans le rapport du CCRPS intitulé *Réglementation des professions de la santé en Ontario : nouvelles orientations, avril 2006.*

Notre gouvernement s'engage à faire en sorte que le système de réglementation des professions de la santé suive et soutienne l'évolution des besoins en soins de santé des Ontariennes et Ontariens. La présente lettre a pour objet de demander au Conseil consultatif de formuler des conseils et des recommandations sur les questions importantes à l'appui de cet engagement et plus particulièrement d'aborder les enjeux liés à la collaboration interprofessionnelle, à la sécurité des patients et à un certain nombre d'autres sujets sur lesquels se penche le Conseil. Plus précisément, je demande au Conseil d'entreprendre les tâches suivantes :

1. Recommander des mécanismes permettant de faciliter et de soutenir la collaboration interprofessionnelle entre les ordres professionnels de la santé, en commençant par l'élaboration de normes d'exercice et de lignes directrices relatives aux pratiques professionnelles en vertu desquelles les professions de la santé réglementées accomplissent des

actes autorisés identiques ou semblables, en reconnaissant que chaque ordre gouverne indépendamment les professions qu'il régit et en établit les compétences.

Dans son analyse, je demande au CCRPS de tenir compte, lorsque des actes autorisés sont partagés, des attentes du public en matière de services de haute qualité, quelle que soit la profession de la santé responsable de la prestation des soins ou des traitements.

2. Examiner le champ d'exercice des infirmières et infirmiers autorisés de la catégorie spécialisée en vertu de la *Loi de 1991 sur les infirmières et infirmiers* et inclure dans l'examen les propositions formulées par le Conseil de l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario relativement aux actes autorisés et à l'exercice de la profession d'infirmière et infirmier autorisés de la catégorie spécialisée.

3. Examiner le pouvoir octroyé aux professionnels de la santé autres que les médecins leur permettant de prescrire et (ou) d'utiliser des médicaments dans le cadre de leur pratique, en vertu de la Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées (LPSR) et des lois régissant les professions de la santé. Je demande au Conseil d'indiquer, pour chacune de ces professions, si des listes, des catégories ou des classes de médicaments devraient être prescrites par voie de règlement, ou si des restrictions concernant la prescription de médicaments devraient être insérées dans les règlements pris en application de la loi régissant la profession en question.

   Je demande en outre au CCRPS de fournir des conseils à l'égard d'un cadre et d'un processus d'évaluation continue de demandes soumises par des ordres en vue de modifier les règlements à cet égard, afin de s'assurer que ces règlements tiennent compte de l'efficacité et des pratiques exemplaires de la profession et offrent une protection maximale au public.

4. En ce qui concerne un rapport précédent du CCRPS, formuler des recommandations sur l'à-propos des conseils fournis relativement à la réglementation des échographistes, ainsi que sur tout ajout à ces conseils.

5. J'aimerais remercier le CCRPS pour ses conseils sur la réglementation des préposés aux services de soutien à la personne.

J'ai récemment mis à la disposition du public le rapport sur le site Web du ministère de la Santé et des Soins de longue durée aux fins d'examen et de commentaires. J'aimerais que le CCRPS s'inspire de son rapport et me fournisse des conseils supplémentaires.

Tout comme vous, je constate l'ampleur des services de soins de santé fournis dans de nombreux milieux par les préposés aux services de soutien à la personne. Le CCRPS est arrivé à la conclusion que des mesures autres que la réglementation des préposés aux services de soutien à la personne en vertu de la LPSR permettent, à l'heure actuelle, de protéger l'intérêt public et tiennent compte du fait que les

organismes représentant cet important groupe de fournisseurs de soins de santé n'existent que depuis peu.

Dans son rapport intitulé Nouvelles orientations, le CCRPS a fait grand état de l'évolution d'une association professionnelle particulière qui, étape par étape, est devenue un organisme très engagé envers l'intérêt public, en plus de servir de porte-parole pour sa profession.

J'aimerais que le CCRPS indique si un tel modèle conviendrait aux préposés aux services de soutien à la personne et qu'il précise les étapes à franchir ainsi que les éléments de soutien requis pour faciliter la création d'une telle association pour ce secteur. Indiquer si les assistants dentaires devraient être régis par la LPSR et, le cas échéant, quels seraient le champ de pratique approprié, les actes autorisés et les titres autorisés associés à la profession. De plus, j'aimerais que le Conseil tienne compte des activités de ces praticiens en ce qui concerne les radiographies et d'autres formes d'énergie, ainsi que des circonstances dans lesquelles ces activités sont accomplies.

6. Faire savoir si les ambulanciers paramédicaux et les préposés en soins médicaux d'urgence devraient être régis par la LPSR et, le cas échéant, quels seraient le champ de pratique approprié, les actes autorisés et les titres autorisés associés à la profession.

7. Examiner les questions relatives à la réglementation de la podologie et de la podiatrie, indiquer si des modifications devraient être apportées aux lois actuelles en ce qui a trait à ces professions et, le cas échéant, indiquer la façon de les modifier. Inclure dans cet examen une analyse du modèle actuel de soins des pieds en Ontario et des questions relatives aux titres à utilisation restreinte et indiquer si les restrictions actuelles concernant les classes de membres relatives à la podiatrie devraient continuer à s'appliquer.

Je comprends que ma demande touche de nombreuses questions de réglementation complexes dont l'étude nécessitera beaucoup de temps. J'aimerais que le CCRPS prévoie me fournir des conseils et des recommandations concernant le premier élément, qui porte sur les mécanismes permettant de faciliter et de soutenir la collaboration interprofessionnelle entre les ordres professionnels de la santé en ce qui a trait à l'élaboration de normes d'exercice et de lignes directrices relatives aux pratiques professionnelles, et sur le deuxième élément, qui consiste en un examen du champ d'exercice des infirmières et infirmiers autorisés de la catégorie spécialisée en vertu de la Loi de 1991 sur les infirmières et infirmiers, avant le 31 mars 2008.

Je reconnais les efforts extraordinaires qu'a déployés le CCRPS en vue de fournir les conseils déjà reçus. Veuillez transmettre mes remerciements aux membres du Conseil, passés et présents, pour le remarquable travail accompli afin d'améliorer la qualité et la sécurité des soins de santé en Ontario.

J'aimerais en outre vous exprimer ma gratitude, Madame, pour votre leadership et votre dévouement envers les services publics.

Cordialement,

George Smitherman
Ministre

c.c. Présidents et registraires de tous les ordres régis par la LPSR
Présidents des associations représentant les professionnels de la santé régis par la LPSR
Président du conseil d'administration des praticiens ne prescrivant pas de médicaments – Naturopathie
Président de l'Ontario Association of Naturopathic Doctors

Annexe F : Note sur l'autoréglementation légale des professions de la santé

Note sur l'autoréglementation légale des professions de la santé

L'autoréglementation légale des professions de la santé aide à protéger les usagers de soins de santé en veillant à ce que les praticiens soient à la hauteur des normes professionnelles et des compétence exigées. Elle nécessite l'établissement d'un registre des praticiens qui ont les qualités et les compétences requises pour exercer et réserve aux praticiens qui y sont inscrits le droit d'utiliser un titre spécifique.

Pour les patients et les clients, les soignants et le public, un cadre moderne de réglementation légale fournit une certaine assurance que les praticiens sont non seulement suffisamment qualifiés mais également compétents et au fait des développements dans leurs domaines.

Les conseils qui régissent les ordres comprennent des particuliers qui servent l'intérêt du public en général. Leur rôle est de veiller à ce que l'opinion des patients et des clients et celle du public soient prises en considération.

Les questions qui intéressent les ordres comprennent les exigences d'entrée dans la profession, l'inscription, les normes d'exercice, le perfectionnement professionnel continu, les plaintes, la discipline et l'exécution des normes, ainsi que, dans une minorité de cas, la santé et l'aptitude professionnelle.
Des sanctions, telles la suspension ou la radiation du registre, peuvent être appliquées aux praticiens dont l'aptitude professionnelle est compromise.

L'autoréglementation professionnelle a une incidence sur l'entrée des praticiens dans une profession, ainsi que sur le perfectionnement professionnel continu et le maintien de la compétence nécessaires pour exercer. La réglementation permet également de rassurer les professionnels de la santé sur la compétence des autres praticiens à qui ils adressent des patients ou des clients. De plus, elle sert de recours pour le cas où un patient ou un client aurait un problème d'ordre professionnel avec un praticien.

Conseil consultatif de réglementation des professions de la santé
55, avenue St. Clair Ouest
Bureau 806, casier 18
Toronto (Ontario) Canada M4V 2Y7

Téléphone : 416 326 1550
Interurbains sans frais : 1 888 377 7746
Télécopieur : 416 326 1549

Site web : **www.hprac.org**

Courriel : **HPRACWebmaster@ontario.ca**

ISBN 978-1-4249-5815-3 (Print)
© Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2008
500 02/08

Available in English

Ontario